المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية بمكة المكرمة
قسم علم النفس


٣٠١٠٢٠٠٠٠٠٦٥٩٣

القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة

إعداد الطالبة
هالة بنت صادق دحلان

إشراف
أ.د. عبد المنان ملا معمور بار
أستاذ الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني

دراسة مقدمة إلى قسم علم النفس كلية التربية بجامعة أم القرى
متطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس تخصص إرشاد نفسي

الفصل الدراسي الأول ١٤٢٣/١٤٢٤هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

نموذج رقم(٨)

جامعة أم القرى

كلية التربية بمكة المكرمة

الدراسات العليا

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات المطلوبة

الاسم(رباعي): هالة بنت صادق بن عبدالله دحلان　　كلية: التربية　　القسم: علم النفس

الأطروحة مقدمة لنيل درجة: الماجستير　　التخصص: إرشاد نفسي

عنوان الأطروحة((**القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة**)).

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين... وبعد.
فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة والمذكورة عاليه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤٢٣/١١/١٥هـ بقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة عليها وحيث قد تم عمل اللازم فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة النهائية المرفقة متطلبا تكميليا للدرجة العلمية المذكورة أعلاه.

والله الموفق،،،،،،

أعضاء اللجنة

المشرف	**مناقش داخل القسم**	**مناقش من خارج القسم**
الاسم: أ.د. عبد المنان بن ملا معمور بار	**الاسم: أ.د. محمد بن حمزة السليماني**	**الاسم: د. محمد بن جعفر محمد جمل الليل**
التوقيع:	**التوقيع:**	**التوقيع:**

يعتمد: رئيس قسم علم النفس

د. حسين بن عبدالفتاح الغامدي

(يوضع هذا النموذج أمام الصفحة المقابلة لعنوان الأطروحة في كل نسخة)

بِسْــــــمِ اللّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَمَا تَوْفِيقِي إِلاَّ بِاللّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ) هود ـــ ٨٨

اللهم انا نسألك علما نافعا

وقلبا خاشعا وعملا صالحا

وولدا بارا

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة:

" القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة" .

إعداد الباحثة : هالة بنت صادق دحلان

أهداف الدراسة:

١- تحديد العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال.

٢- التعرف على الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية ومستوى القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية، والجنس والحالة الاجتماعية الاقتصادية.

أهمية الدراسة:

الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال وإعطاء نتائج تفيد القطاع الصحي والمهتمين بشؤون الطفل في الأسرة والمجتمع.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة مكونة من (٣٠) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢سنة)، بمركز الرعاية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة.

الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة عدد من الأساليب الإحصائية شملت (المتوسط الحسابي والنسبة المئوية، معامل ارتباط بيرسون، مربع كآي، اختبار (ت)، اختبار تحليل أحادي الاتجاه، وأفضلية التناسب).

نتائج الدراسة:

١- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٢- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٣- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٤- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائيا بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية تبعا لـ (لآلام البطن، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية).

٥- توجد فروق دالة إحصائيا في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق تبعا للمرحلة العمرية.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الأعراض السيكوسوماتية وظهور والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.

٧- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.

٨- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.

التوصيات:

إجراء دراسات مسحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتتبع نسبة انتشار القلق والاكتئاب بين المراجعين من الأطفال ومحاولة التعرف على الأسباب النفسية لهما.

Abstract

Relation of Anxiety and Depression with relation to Psychosomatic Symptoms in Children at a Primary Health Care Center at Makkah Al-Mukarama

OBJECTIVE: To examine the association of psychosomatic symptoms with anxiety and depression in a sample of children (n=30) girls and boys, of ages (6-12) years old. **METHODS:** Three scales have been completed by children at a primary health care center at Makkah Al-Mukarama: Children's Anxiety Scale (CAS), Arabic Children's Depression Inventory (ACDI), Children's Psychosomatic Disorders Scale (CPDS). **RESULT**: Overall, psychosomatic symptoms were strongly associated with Anxiety, Depression, or both. The study also revealed comorbidity of anxiety and depression with the presence of psychosomatic symptoms. Although the result did not reach the level of significance in the relation between anxiety and depression with Recurrent abdominal pain; Headache; Musculoskeletal pain, it pointed out that the frequency of Recurrent abdominal pain and Headache are associated more with depression, and Musculoskeletal pain is associated more with anxiety. Differences between age; gender and socioeconomic with the association of anxiety; depression, and psychosomatic symptoms were not significant in this study.

إهـــــــــداء



إلى من قدموا لي كل الدعم والحب.

إلى روح والدتي وأختي رحمهما الله

إلى والدي أطال الله عمره

إلى زوجي وابنتي وأبنائي

إلى أخي الدكتور ربيع

أهدي رسالتي هذه.

شكـــر وتقديـــر

الحمد الله الذي أنعم علينا بلباس الصحة والعافية وألهمنا طريق العلم والمعرفة ووفقنا إلى مـــا يحب ويرضى، والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى وعلى آله وصحبه أجمعين.

وبعد أن من الله علي بإتمام هذا العمل المتواضع، يسعدني أن أتقدم بكل الشكر والتقدير إلى:

أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور عبد المنان ملا معمور بار الذي رعى هذه الدراسة منـــذ أن كانت فكرة إلى أن أصبحت بحثا،وقد كان لمتابعته وتوجيهاته كبير الأثر في إنجاز هذا البحث.

وإلى زوجي الغالي الدكتور عبد الوهاب تلمساني الذي ساندني في كل لحظة منذ التحاقي ببرنامج الدراسات العليا وحتى الانتهاء من كتابة هذه الرسالة، وأشكر جهوده في توفير كل الاستشارات الطبية وتحويل بعض الحالات لإجراء الدراسة عليها.

وإلى ابنتي وأبنائي مصدر إصراري على إنجاز هذه الرسالة، وعلى صبرهم بانشغالي عنهم.

وإلى اخوتي وأخواتي على كل الدعم والحب الذي قدموه لي خلال سنوات دراستي.

وإلى سعادة الأستاذ الدكتور محمد حمزة السليماني والدكتور محمد جعفر جمل الليل لمناقشتهم الخطة وإثرائها بآرائهما وتوجيهاتهما القيمة ، ولتفضلهما بقبول مناقشة الرسالة رغم أعبائهما الأكاديمية الكثيرة.

وإلى جامعة أم القرى التي أتاحت لي فرصة التشرف بالالتحاق بها في خير البقاع، والى كلية التربية وقسم علم النفس بكامل أعضاء هيئة التدريس لكل ما قدموه من دعم ومساندة .

وإلى كل من قدم الاستشارات الإحصائية بمركز الحاسب بجامعة أم القرى، ووزارة الصـــحة، وأخص بالشكر سعادة الدكتور سليمان مرداد الأستاذ المشارك بكلية الطـــب والعلـــوم الطبيـــة بجامعة أم القرى لكل جهوده في تقديم الاستشارات الإحصائية القيمة.

وإلى وزارة الصحة متمثلة في معالي الدكتور أسامة شبكشي وزير الصحة ومديرية الشؤون الصحية ، وخاصة إدارة الرعاية الصحية الأولية بالعاصمة المقدسة، لما وفرته من تسهيلات وإمكانات لإجراء البحث في مركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمدينة مكة المكرمة.

وإلى الدكتورة الفاضلة وصال المبارك بمركز الرعاية الصـــحية الأوليـــة بالرصـــيفة بمكـــة المكرمة و التي رعت بحثي ميدانيا، وعملت جاهدة لمتابعة حالات الأطفـــال التي يحتاج إليهـــا بحثي.

وإلى جميع الأطفال أفراد العينة وأسرهم لتعاونهم الكامل أثناء إجراء الدراسة.

وأخيرا الشكر الجزيل لكل من قدموا لي الدعم والمساندة التربوية و التعليميـــة خـــلال إنجـــاز رسالتي.

فهـــرس المحتويـــات

فهـــرس المحتويـــات

فهـــرس المحتويـــات

فهـرس الجـداول

فهـــرس الملاحـــق

الفصل الأول

المدخل إلى الدراسة

- مقـــــدمــــــة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمـــــة:

الحمد لله الذي سكن اضطراب نفوسنا بذكره وهو القائل في محكـــم كتابـــه(**أَلاَ بِذِكْرِ اللّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ**) (الرعد: ٢٨)، وأسبغ نعمه علينا ظـــاهرة وباطنـــة فجعل من البنين زينة الحيـــاة الدنيـــا فقال عز من قائـــل(**الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا**...) (الكهف:٤٦)، والصلاة والسلام على خير الأنـــام وعلـــى آلـــه وصحبه الكرام ومن تبعهم بإحسان إلى يوم المعاد وبعد:

إن العصر الذي يعيش فيه طفل اليوم ، مليء بالإيجابيات والسلبيات، نتيجة للتطورات السريعة في أنظمة الأسرة و المجتمع، مما جعله يشعر تارة بالخوف والقلق وتارة بالانسحاب والانطواء نظرا لعدم اكتمال النضج لديه ولقلة خبرته على الاندماج السليم ونقص مهارته في التعبير عما يشعر به، مما جعل " دراسة نفسية الطفل موضعا لأبحاث تخصصية، بل وبدأ البعض يعتقد أنه أهم فروع الطب النفسي، نظرا لأن البعض يعتقد أن مصدر الأمراض النفسية والعقلية عند الكبار صدمات نفسية أثناء الطفولة، وتفاعل بين الطفل وبيئته، وانه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع، واعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية" (عكاشة،١٩٩٨م :٦٠١).

ويعتبر دؤالي(D'Alli,2000) القلق من أمراض الطفولة الشائعة، إلا أنه يحظى بتقدير ضعيف، ويغفل في معظم الأحيان وفي بعضها يتداخل مع مشاكل انفعالية متعددة ويظهر على أشكال عدة تبدأ من التوتر البسيط إلى حالة اضطراب شديد أو على شكل حالات من الانسحاب والندم والمظهر المكتئب. وان إهمال علاج القلق يمكن أن يحرم الطفل من الاستمتاع بحياته الأسرية والاجتماعية والدراسية.

وحيث أشارت بعض الدراسات الحديثة لـــ دبرا وآخرون(Deborah, et al.,1998) أن عدم التدخل في علاج اضطرابات القلق يؤدي على المدى البعيد إلى نتائج سلبية مثل الاكتئاب، لهذا فان منظمة الصحة العالمية (WHO) حديثا اعتبرت الاكتئاب مسبب رئيسي للإعاقات على مستوى العالم، ومعدل الوفيات عند المصابين بالاكتئاب ضعف نسبة الوفاة عند الأشخاص الطبيعيين في أي مرحلة عمريه – بغض النظر عن حالات الانتحار– ، كما أن الاكتئاب يؤدي إلى أمراض مزمنة مثل أمراض القلب والذبحة الصدرية،وهشاشة العظام، ومرض السكري، لهذا فانه يعتبر من المشاكل الصحية الرئيسة لكل الأعمار، والتشخيص والعلاج المبكر أمر ضروري من أجل صحة وحياة أفضل. (Denise, 2000).

و " لا يعد عصرنا هو عصر القلق فحسب، ولكنه عصر القلق والانعصاب والانفعال، ولا شك أنها جميعا تؤثر تأثيرا جذريا على الحالة النفسية لدى الفرد، فيصاحب أي نوع من الانفعالات تغيرات بدنية خارجية وأخرى فيزيولوجية داخلية" (مايسة النيال، ١٩٩١ م: ١٤٠).

إن هذه التغيرات البدنية الخارجية تأخذ عند الأطفال شكل شكاوي عضـــوية متـــعددة والتي يطلق عليها الاضطـــرابات السيـــكوســـوماتيـــة Psychosomatic Disorders كتعبير لا إرادي عن انفعال القلق والاكتئاب الذي فشل في مواجهتـــه نتيجة لصغر السن وقلة الخبرة في مواجهة الانفعالات السلبية.

وقد " شاعت الاضطرابات السيكوسوماتية بمختلف أنواعها في الربع الثاني من القرن العشرين. وقد ارتبط انتشار هذه الاضطرابات بالتطور الحضاري والثقافي والصراع بين القديم والحديث. وتشكل الاضطرابات السيكوسوماتية خطورة على حياة الأفراد سواء أكان ذلك على توافقهم العام أو توافقهم المهني أو الصحي" (مايسة النيال، ١٩٩٩م:١٤٠).

وانطلاقا من مبدأ الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية لأطفالنا لكي نضمن بناء أجيال قوية قادرة على التطوير والإبداع، كان لزاما على الدارســين والعـــاملين بالقطاعات الصحية والتربوية الاهتمام بالاضطرابات النفســـية الشـــائعة عنـــد

الأطفال والتي تتمثل في القلق والاكتئاب لما له من جوانب سلبية على الطفل والأسرة والمجتمع والمنظومة الطبية، وهذا بالفعل ما لمسته الباحثة أثناء عملها في عيادة الأطفال بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة كمثقفة صحية ، حيث يتزايد عدد المراجعين من الأطفال للعيادة بشكاوى عضوية، يتضح فيما بعد سلامة الطفل منها، إلا أنه بعد البحث والتقصي يتضح أن الطفل يعاني من اضطرابات نفسية نتيجة لعدة عوامل داخل الأسرة وخارجها، ومن هنا انبثق الاهتمام بدراسة القلق والاكتئاب عند الأطفال ومحاولة التعرف المبكر على وجوده من خلال مؤشر ملموس ألا وهو الأعراض السيكوسوماتية، وخاصة أن هناك القليل من الدراسات الأجنبية في هذا الجانب وندرة في عالمنا العربي بشكل عام وعدم تواجدها في المملكة العربية السعودية بشكل خاص على حد علم الباحثة.

ومن هذا المنطلق رأت الباحثة أهمية تناول هذا الموضوع على عينة من مجتمع الأطفال المراجعين لعيادة الأطفال بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة والتي تتراوح أعمارهم ما بين السادسة إلى الثاني عشر (أطفال المرحلة الابتدائية).

مشكلة الدراسة:

تركزت المشكلة البحثية لهذه الدراسة في تتبع ظاهرة القلق والاكتئاب عند الأطفال من خلال مؤشر الأعراض السيكوسوماتية التي يعانون منها.

ويعد القلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة في مجتمع الطفولة، حيث بلغت معدلات انتشار القلق عند الأطفال نسبة تتراوح ما بين٥- ١٨ ٪ كما أشار إليه لابلارت وآخرون(Labllarte, et al., 1999)، وتتراوح نسبة الأطفال المصابين أو عرضة للإصابة بالقلق ٣٠٪ في سن ٩-١٢ سنة نتيجة لأسباب مختلفة (الوطن،٢٠٠١: ٣٣ (أ))، بينما معدل انتشار الاكتئاب أقل من ٣٪ في الجمهور العام للأطفال، ويتزايد في المراهقة بطريقة حادة إلى ما يقرب من ضعف معدله في الطفولة (عبد الخالق،١٩٩٣ م)، وأشارت دراسة برادي وكاندل (Brady & Kendal, 1992) أن نسبة ١٥,٩٪ - ٦١,٩٪ من الأطفال عرفوا بأنهم إما قلقين أو مكتئبين أو أنهم يعانون من قلق مصاحب باكتئاب وأن العلاقة

الارتباطية بين القلق والاكتئاب عالية. في حين نسبة انتشار الأمراض السيكوسوماتية عند الأطفال ١٨,١٪ في فترة عمرية ما بين ٤-١٦ سنة (مايسة النيال، ١٩٩١ م)، ويرجع ذلك إلى إن الفرق بين العمليات النفسية والحالات الفيزيولوجية عند الطفل أقل وضوحا منه عند الراشد الناضج، وذلك لقدرة الراشد على التحكم بأفكاره والحد من تدخل حاجاته الجسمية التي تؤدي إلى تعطيل مهامه، بينما الطفل تكون أفكاره ومشاعره وحالته الجسمية كلها متصلة مترابطة ومتداخلة، فتبدو العلاقة بين الجسم والانفعال غير كاملة، فالتوترات التي يشعر بها الطفل يعبر عنها بشكاوي جسمية نتيجة لزيادة حساسية الجهاز العصبي المستقل للظروف البيئية وللضغوط ولاتجاهات الأم وسلوكها (سوين،١٩٨٨م: ٦٨٣).

وحيث أن القلق والاكتئاب كثيرا ما يكونان متصاحبان أو مختلطان فان "كثيرا ما يشاهد هؤلاء المرضى الذين يعانون من خليط من الأعراض الخفيفة نسبيا في مراكز الرعاية الطبية الأولية ولكن الغالبية يعيشون وسط السكان وقد لا يسترعون أبدا أي اهتمام طبي" (عكاشة،١٩٩٨ م: ١٢٥)، ويشير آلفن(Alfven, 1995) أن الآلام السيكوسوماتية المتكررة هي أحد مشاكل الأطفال الشائعة، والتي لا تزال البحوث فيها غير مكتملة إلا أن هناك حاجة ماسة لتكثيف البحث في هذا المجال.

كما أظهرت دراسة بيرنستين (Bernstein, et al., 1997) أن الشكاوي الجسمية هي عادة تعبير عن وجود قلق واكتئاب يمكن أن يتطلب تحويل سريع للمساعدة النفسية. وأن كثرة هذه الشكاوى ممكن أن تؤدي إلى الآم مزمنة لها سلبياتها وكلفتها والتي لا تتمثل فقط من منظور معاناة المرضى ولكن من عدة جوانب تتمثل في العوامل الاجتماعية الاقتصادية كنقص الأداء الوظيفي والمشكلات العائلية المصاحبة والرعاية الصحية المتزايدة (ليندزاي و بول، ٢٠٠٠ م: ٧٣٩).

لذا فان صحة الطفل النفسية والجسمية في غاية الأهمية وخاصة في المراحل الأولى من حياته، لأن معظم اضطرابات المزاج الدائمة واضطرابات القلق في مرحلة الشباب مسبوقة باضطرابات القلق في الطفولة ويؤيد ذلك دراسة باين وآخرون (Pine, 2000) التي أشارت إلى أن إصابة الطفل باضطراب القلق يؤدي

إلى ظهوره في مرحلة الرشد بنسبة ٩٥٪، بينما عدم الإصابة به في الطفولة ينتج عنه ظهور القلق بنسبة ٥٨٪ في الرشد، ويمكننا القول بأن مشكلة القلق والاكتئاب قد تكون لها أبعاد تربوية نفسية في المراحل المتقدمة في حياة الطفل.

ومما سبق تصوغ الباحثة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

١-هل توجد علاقة إرتباطية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال المراجعين لعيادة الأطفال بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة؟

ومن هذا التساؤل تتفرع التساؤلات التالية:-

١- ما علاقة القلق بظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال؟
٢- ما علاقة الاكتئاب بظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال؟
٣- ما علاقة القلق والاكتئاب بظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال؟
٤- ماعلاقة القلق والاكتئاب بظهور الأعراض السيكوسوماتية تبعا لـ(الآم البطن، الصداع، التقيؤ، الآلام العضلية الهيكلية)؟
٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية؟
٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس؟
٧- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية؟

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة التعرف على ما يلي:

١-العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال المراجعين للعيادة بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة.
٢-الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.

٣-الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.

٤-الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.

أهمية الدراسة:

للدراسة الحالية أهمية منهجية نظرية وأخرى تطبيقية تتمثل فيما يلي:-

الأهمية النظرية:

تكمن في الكشف عن القلق والاكتئاب عند الأطفال وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية في مرحلة عمرية مبكرة وذلك باستخدام مقاييس علمية من شأنها إعطاء نتائج تفيد القطاع الصحي، والمهتمين بشؤون الطفل في الأسرة والمجتمع، حيث أن الكشف المبكر عن القلق والاكتئاب عند الأطفال هو وسيلة وقائية لحماية الطفل من الآثار السلبية المترتبة على ذلك، والتي تتمثل في حرمانه من الشعور بالطمأنينة والسعادة.

الأهمية التطبيقية:

تكمن في الاستفادة بما ستسفر عنه الدراسة من نتائج في جانب الصحة النفسية والتوجيه والإرشاد للأسرة والجانب التربوي عن طريق الندوات التثقيفية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، إضافة إلى الجانب الصحي وخاصة في هذه المرحلة العمرية الهامة، التي تتطلب عناية فائقة في الكشف عن القلق والاكتئاب والمبادرة في تقديم المساعدة للطفل وأسرته بتخفيف المعاناة النفسية، والأعباء المادية الناتجة من جراء التردد المتكرر على عيادات الأطفال.

مصطلحات الدراسة:

١- **القلق:** Anxiety

أوضح سوين(١٩٨٨ م: ٣٢١) ودؤالي(D'Alli, 2000) بأن مفهوم القلق حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية وتتميز بضيق زائد حول مواضيع أو أحداث مثل الأداء

المدرسي، والرياضي ، والدقة والكوارث الطبيعية، والقلق يكون مزمن ولكنه متذبذب وغالبا ما يزداد سوءا مع التوتر.

وتتبنى الباحثة هذا التعريف ضمن دراستها لمتغير القلق.

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل في عينة الدراسة على مقياس القلق للأطفال الذي وضعه عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩١ م).

٢- الاكتئاب: Depression

عرف عبد الخالق(١٩٩٣م) الاكتئاب Depression بأنه حالـــة انفعاليـــة وقتية دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وتشيع فيها مشـــاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عن مشاعر القنوط واليأس والعجز ويصاحب هـــذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانـــب المزاجيـــة والمعرفيـــة والســـلوكية والجسمية منها ، نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقـــدان الوزن واضطرابات في النوم والشهية فضلا عن ســـرعة التعـــب وضـــعف التركيز والشعور بنقص الكفاءة وانخفاض الجدارة والأفكار الانتحارية.

وتتبنى الباحثة هذا التعريف ضمن دراستها لمتغير الاكتئاب.

التعريف الإجرائي:

يعرف الاكتئاب إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الطفل بعينة الدراسة على مقياس الاكتئاب الذي وضعه عبد الخالق (١٩٩١ م).

الاضطرابات السيكوسوماتية : Psychosomatic Disorders

أشار الزراد (٢٠٠٠م) بأن الموسوعة البريطانية عرفت الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط النفسية التي تأخذ شكل اضطراب عضوي.(ص: ٢١)

وتتبنى الباحثة هـــذا التعريـــف ضـــمن دراســـتها لمتغيـــر الاضـــطرابات السيكوسوماتية.

التعريف الإجرائي:

يقصد بالاضطرابات السيكوسوماتية إجرائيا، ما يقيسه مقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال (Children's Psychosomatic Disorders Scale) الذي وضعته مايسة النيال (١٩٩١م).

أطفال المرحلة الابتدائية:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦-١٢ سنة من المراجعين لعيادة الأطفال بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة.

حدود الدراسة:

حددت الدراسة الحالية بموضوع القلق والاكتئاب عند الأطفال وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من المراجعين لعيادة الأطفال بإحدى مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة.

وتقتصر الدراسة على تطبيق مقياس عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩١م) للقلق عند الأطفال ومقياس عبد الخالق لاكتئاب الأطفال (١٩٩١م) ومقياس مايسة النيال للأعراض السيكوسوماتية لدى الأطفال(١٩٩١م).

كما أن نتائج الدراسة الحالية سوف تقتصر في تفسيرها على عينة الأطفال من مكة المكرمة فقط، وبالعينة المحددة للمرحلة العمرية من الأطفال.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

- المفاهيم العلمية للدراسة
  - القلق
  - الاكتئاب
  - الأعراض السيكوسوماتية
- الدراسات السابقة
- تعقيب على الدراسات السابقة
- فروض الدراسة

مقدمة:

إن سرعة التغير الاجتماعي وتعقيد الحضارة وصعوبة التكيف مع التقدم الحضاري المتلاحق والتفكك الأسري وإعاقة تحقيق الرغبات الذاتية، وضعف القيم الدينية والخلقية أدت إلى خلق الصراع والقلق عند الكثير من الناس مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية (عكاشة،١٩٩٨ م:١١٠).

ويعتبر فرويد القلق هو الأساس الذي تنشأ منه الأمراض العصابية، وأنه يبدأ في الظهور في المراحل المبكرة من الطفولة (فرويد،١٩٨٩ م:٣٤).

ومن منطلق أن القلق هو حجر الزاوية لهذه الأمراض فان القلق إذا أرجي علاجه فانه قد يعقبه أو يصاحبه اكتئاب في كثير من حالات الأطفال وهذا ما أشارت إليه دراسة برادي وكاندل (Brady & Kendall, 1992) عن القلق والاكتئاب عند الأطفال حيث وجدا أن ١٥,٩٪ إلى ٦١,٩٪ من الأطفال الذين صنفوا بأنهم قلقين أو مكتئبين لديهم قلق مصاحب باكتئاب، وأن العلاقة بين القلق والاكتئاب عالية. ويبدو للكثيرين أنه من الغرابة أن يصاب الطفل بقلق، اعتقادا منهم بأنه ليس لديه ما يثير قلقه (كلير فهيم،١٩٩٣ م) ويساعدهم على ذلك عجز الطفل عن التعبير عن نفسه لصغر سنه وعدم اكتمال النضج لديه (عكاشة، ١٩٩٨ م). إلا أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت على إصابة الطفل بالقلق والاكتئاب وتعبيره عن تلك الاضطرابات بأعراض جسمية تتمثل في شكاوي متعددة يطلق عليها أعراض سيكوسوماتية، وتشير إلى ذلك دراسة فارني وآخرون (Varni, et al., 1996) أن الأطفال الذين يعانون من الآم مزمنة وحادة، كانوا يعانون من أعراض قلق واكتئاب عالية إضافة إلى انخفاض عام في تقدير الذات ونسبة مرتفعة من المشاكل السلوكية.

وفي هذا الفصل سوف نتناول المفاهيم العلمية للقلق والاكتئاب، والأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال وعرض الدراسات السابقة التي تناولت هذه المتغيرات.

أولا: القلق Anxiety

القلق: تقول العرب أقلق المرء الشيء، أي حركه من مكانه، وأقلق القوم السيوف، أي حركوها في غمدها فالقلق هو الحركة والاضطراب وهو عكس الطمأنينة التي أشار إليها القرآن الكريم في الحديث عن النفس المطمئنة **(يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَى رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً)** (الفجر: ٢٧-٢٨).

وتصنف تعريفات القلق حسب الآتي:-

القلق الموضوعي Objective Anxiety فيعرفه كلا من:

سوين (١٩٨٨ م:٣٢١) بأنه" حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية، والتغيرات الفيزيولوجية الناتجة عن القلق تتضمن الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي، كما تتضمن اتساع الحدقة وازدياد العرق في الكفين وازدياد نبضات القلب والتنفس السريع ".

ويعرفه زهران (١٩٩٥ م: ٣٩٧) بأنه "حالة من توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية".

ويعرف القلق العام General Anxiety كلا من:

ماركس(١٩٩٠ م: ٤٥) بأنه " انفعال مكدر مرتبط بالشعور بخطر محدق غير واضح للمشاهد".

ويعرفه سباعي و عبد الرحيم (١٩٩١م: ٧) بأنه " انفعال عاطفي يتميز بالتخوف والتوجس والترقب، بما يصاحب ذلك من تغيرات فيزيولوجية وأعراض بدنية وسلوكية".

و يعرفه عكاشة (١٩٩٨ م: ١١٠) بأنه" شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ

في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة".

ويعرف القلق الخلقي Moral Anxiety كلا من:

لاهي (Lahey, 1992: 399) بأنه "اضطراب نفسي يتضمن انفعالات سلبية مفرطـــة مثل العصبية ، التوتر، الضيق، الخوف والقلق".

ويشير فهمي (١٩٩٨ م: ١٩٩) بأن مسرمان يعرفه بأنه " حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف".

وتستخلص الباحثة مما سبق بأن مفهوم القلق هو: شعور انفعالي بسبب خطر فعلي يعيه الانسان، أو شعور عام غامض يتميز بالخوف والتوجس، وقد يكون اضطرابات نفسية تظهر على شكل توترات وانفعالات سلبية، والقلق بجميع أشكاله يكون مصحوب بتغيرات فيزيولوجية داخلية وخارجية، يؤثر سلبيا في أداء الفرد ويؤدي إلى إعاقة وظائفه.

الأصل في نشأة القلق:

يعتبر القلق لب وصميم العصاب النفسي، فهو أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أيضا أساس جميع الإنجازات الإيجابية في الحياة (حبيب،د.ت).

ويعتبر القلق حجر زاوية في كل نوع من أنـــواع الســيكوباثولوجيا (الإخـــتلالات النفسية)، ووجوده يعني نذيرا بخطر يهدد أمن الفرد وسلامته النفسية وتقديره لذاته كما يهـــدد إحساســـه بالســعادة والرضـــى ويـــرتبط بمصـــاحبات فيزيولوجيـــة (سوين،١٩٨٨م: ٣٢١).

والقلق يعد نوعا من الاضطراب الانفعالي الذي يمر به الإنسان ويعبر عنه بشدة لا تتناسب مع الظرف المؤدي لهذا الانفعال، ويصيب القلق الفرد في مراحل العمـــر المختلفة فيظهر عند الراشد كما يظهر عند المراهق، ويظهر عنـــد الطفـــل فـــي المرحلة المتأخرة من طفولته، كما يظهر في المرحلـــة المبكـــرة مـــن طفولتـــه (الرفاعي،١٩٨٧م: ٢١١).

وقد تناول العديد من العلماء دراسة أصل نشأة القلق عند الفرد منـــذ المراحـــل الأولى في حياته، وقد كان فرويد والكثير من علماء مدرســـته التحليليـــة اهتمـــوا

اهتماما بالغا في بحث أصل القلق عند الفرد إضافة إلى مدارس أخرى في علم النفس.

وقد تناولت بعض المراجع في التراث النفسي آراء العلماء في أصل نشأة القلق، وسوف تقوم الباحثة بعرضها كالتالي:

رأي فرويد: Sigmund Freud

يعتبر فرويد أن "مضمون حالة الخطر يتغير بتغير مراحل الحياة وأن كل حالة خطر تقابل فترة خاصة من الحياة أو مرحلة من مراحل نمو الجهاز النفسي، وهي تبدو مناسبة في هذه المرحلة". (فرويد،١٩٨٩ م: ٢٨). بناء على ذلك المفهوم فان أصل نشأة القلق في المراحل العمرية المختلفة هو:

- مرحلة الحياة الأولى (الميلاد): يكون مثير القلق العجز النفسي وعدم القدرة على السيطرة على التنبيهات الشديدة التي يتعرض لها الطفل.
- مرحلة الطفولة المبكرة : خطر فقدان الأم أو حبها.
- المرحلة القضيبية : خطر أو تهديد الخصاء.
- مرحلة الكمون : الخوف من الأنا الأعلى وهو قلق اجتماعي.

رأي أدلر: Alfred Adler

يرجع أدلر نشأة القلق النفسي إلى القصور المعنوي والاجتماعي في مرحلة الطفولة الأولى من حياة الإنسان، إضافة إلى نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته (فهمي، ١٩٩٨ م: ٢٠٤).

رأي هورني: Karen Horney

ترجع هورني القلق عند الأطفال إلى ثلاث عناصر تتمثل في: شعور الطفل بالعجز أو الضعف والعداوة والحرمان، وهذا الشعور ينمو تدريجيا مع عدة عناصر منها: تربية الأسرة، وتأثير المحيط الاجتماعي الكبير الذي يعيش فيه الطفل وما يعتري ذلك من تناقضات كبيرة بين الحياة في مظاهرها الاجتماعية ومظاهرها الطبيعية (الرفاعي،١٩٨٧م: ٢١٤، عثمان،٢٠٠١ م: ٢٣).

رأي المدرسة السلوكية: Behavioral Theory

يرى أصحاب هذه المدرسة من أمثال (شافر) و (دروكس) أن القلق المرضي هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة (فهمي ١٩٩٨ م: ٢٠٤).

تستخلص الباحثة من آراء العلماء في أصل نشأة القلق بأن بذوره تنشأ في المراحل الأولى من حياة الطفل وتكون ردود فعل الطفل في كل مرحلة من مراحل نموه مختلفة تجاه الخطر الذي يواجهه، ويرجع نشأة القلق إلى خبرات الطفولة ونوعية المعاملة داخل الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه الطفل.

أنواع القلق:

القلق أحد العمليات الانفعالية التي تحوي جانب شعوري يتمثل في الخوف والفزع والشعور بالعجز والإحساس بالذنب ومشاعر التهديد، وجانب لاشعوري يتمثل في عمليات معقدة متداخلة يعمل الكثير منها دون وعي الفرد بها مثل المخاوف التي يعاني منها الفرد دون أن يدرك العوامل التي تدفعه إلى هذه الحالات (فهمي،١٩٩٨ م: ١٩٩) فالخوف هو أحد مثيرات القلق الهامة الذي يؤدي إلى اضطراب النفس قلبا وقالبا، وأشار بار (١٩٩٢م: ١١) إلى أن القرآن الكريم قد أتى على ذكر الخوف في أكثر من مائة وأربعة وعشرين موضعا، حدد فيه نوعين أساسيين هما:

١- خوف دنيوي يختص بالطبيعة وما حولها، متمثل في قوله تعالى **(وَأَلْقِ عَصَاكَ فَلَمَّا رَآهَا تَهْتَزُّ كَأَنَّهَا جَانٌّ وَلَّى مُدْبِرًا وَلَمْ يُعَقِّبْ يَا مُوسَى لَا تَخَفْ إِنِّي لَا يَخَافُ لَدَيَّ الْمُرْسَلُونَ)** (النمل: ١٠).

٢- خوف من رب العالمين، يتواجد في القلوب المؤمنة المطمئنة الصادقة التي ترجو رحمة الله وتخشى عذابه، يقول عز من قائل (**تَتَجَافَى جُنُوبُهُمْ عَنِ الْمَضَاجِعِ يَدْعُونَ رَبَّهُمْ خَوْفًا وَطَمَعًا وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنفِقُونَ**) (السجدة:١٦).

إن النوعين السابقين يتضمنان في محتواهما أشكال متعددة من اضطرابات القلــق المذكورة في النظريات العلمية الحديثة نذكر منها ما ورد في الآية الأولى وهــي الخوف من بعض مكونات الطبيعة سواء كائنات حية أو جمادات مما أدى إلـــى الهروب من الموقف، ولكن بأسلوب المساندة والطمأنة يستقر الخائف.

والخوف في الآية الثانية إيجابي مطلوب من أجل توفير الأمن والرضا والطمأنينة.

أما أنواع القلق في الدراسات الحديثة فانه قد أشار إليها كل من (الرفاعي، ١٩٨٧م: ٢١٠،فرويد،١٩٨٩م: ٢٥، زهران،١٩٩٥م:٢٩٨، فهمي،١٩٩٨م: ١٩٩، عثمان،٢٠٠١م: ٢١) وتتمثل هذه الأنواع في:

١- القلق الموضوعي: Objective Anxiety

هو رد فعل لخطر خارجي معروف مسبقا، أو ينتظــر حدوثــه بعــد وجــود إشارة تدل عليه وهذا النوع من القلق يكون أقرب إلـــى الخــوف، لأن مصــدره يكون واضح الصورة في ذهن الشخص ، فقد يكون خــوف مــن فقــدان شــيء معين مثل القلق المرتبط بالاختبار أو النجاح أو الانتقال إلى بيئة جديدة.

ويستمد هذا النوع من القلق دلالته الأساســية مــن معرفــة الشــخص وخبرتــه السابقة.

٢- القلق العصابي: Neurotic Anxiety:

هو رد فعل لخطر غريزي داخلي، وهو قلق داخلي شديد أسبابه لا شعوريه، حيث أشار فهمي(١٩٩٨م: ٢٠٠) بأن فرويد يرى أن القلق العصابي له ثلاث صور رئيسه هي:

- قلق عام :غير مرتبط بموضوع محدد يشعر فيه الفرد بحالة مــن الخــوف العام والغامض.
- مخاوف مرضية: مرتبطة بمواضيع أو مواقف محددة، تكون فيهــا شــدة الخوف غير متناسبة إطلاقا مع الخطر الحقيقي.
- قلق مرافق لأعراض المرض النفسي مثل الهستيريا.

٣-القلق الخلقي: Moral Anxiety

يشير الرفاعي (١٩٨٧ م: ٢١١) بأنه قلق يتميز بمضمونه ويكون مصدر الخطر احتمال غضب الأنا الأعلى وإصدارها الحكم بأن الشخص مذنب، ويوافقه فهمي (١٩٩٨ م: ٢٠١) بأن نشأة القلق الخلقي والإحساس بالذنب نتيجة لإحباط دوافع الأنا العليا.

اضطرابات القلق عند الأطفال: Anxiety Disorders in Children

لقد أشار دؤالي(D'Alli,2000) بأنه على الرغم من تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية DSM-IV الذي صنف اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder والخرس الانتقائي[(١)] Selective Mutism كأمراض قلق تشخص في مرحلة المهد والطفولة أو المراهقة، إلا أنه حتى الأطفال صغار السن جدا يمكن أن يعانوا من كل اضطراب قلق كما وصف في أي مكان في التراث النفسي. ويعتبر كاسيدي وجيلنك (Cassidy &Jellinek,1998) القلق أمر طبيعي عند الأطفال وفي بعض الأحيان يكون استجابة دفاعية لتهديدات الحياة، ولكن إذا تسبب في شعور الطفل بالضيق وإعاقة وظائفه فانه يصبح مشكلة أو اضطرابا، وتشكل نسبة ٩٪ إصابة الأطفال في سن المدرسة بأعراض القلق التي تعترض وظائفهم يوميا وتجعلهم معرضين لخطر رفض المدرسة وانخفاض الأداء وانخفاض في تقدير الذات Low self-esteem، كما أن القلق والاكتئاب غالبا ما يظهران معا، وأن ثلث إلى نصف الأطفال المصابين باضطرابات القلق يكونون مكتئبين وأن غالبية المكتئبين من الأطفال يعانون من واحد أو أكثر من اضطرابات القلق، ومن أكثر اضطرابات القلق شيوعا (قلق الانفصال-القلق العام- المخاوف الاجتماعية-اضطرابات الهلع والقلق المعقب للصدمات).

---

(1) الخرس الانتقائي Selective Mutism: عدم القدرة على الكلام في المناسبات الإجتماعية

١- اضطراب القلق العام: Generalized Anxiety Disorder (GAD)

يظهر لدى الأطفال على شكل انشغال زائد حول مواضيع متعددة تتعلق بحياة الطفل، بما في ذلك المدرسة،الأقران، الأسرة والنشاطات، إضافة إلى أعراض سيكوسوماتية (نفس_جسمية) للقلق مثل التعب، والآم العضلات، الصداع، والأرق، ويمكن أن يكون هؤلاء الأطفال سريعي الاستثارة ويعانوا من ضعف في التركيز. (كاسيدي وجلينك،Cassidy &Jellinek,1998).

٢- اضطراب قلق الإنفصال: Separation Anxiety Disorder (SAD)

خوف مرضي غير منطقي، يتمثل بقلق أو انشغال مفرط من الانفصال عن المقربين للطفل مثل الأم أو من يعتني به أو من الأشخاص المألوفين لديه أو من عدم العودة إلى المنزل،وأعراضه عند الأطفال في المرحلة المتأخرة تتمثل في النوم المتقطع، رفض الذهاب للمدرسة وأعراض جسمية مثل الآم البطن أو الصداع. (الجمعية الأمريكية لإضطرابات القلق ،ADAA, 2001).

٣- المخاوف الإجتماعية: Social Phobia.

وتحدد بخوف شديد من المواقف الاجتماعية أو الأداء الذي يمكن أن يتسبب في الإحراج، مثل حضور المناسبات أو القراءة بصوت مرتفع في الفصل، وهذه المخاوف عند الأطفال تكون محط النقد وسوء المعاملة و يجعلهم يتحاشوا هذه المواقف قدر الإمكان، مما يسبب إعاقة لوظائفهم.
(Cassidy & Jellinek, 1998).

وقد أشارت الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق (ADAA,2001) بأن هذه المخاوف الاجتماعية تؤدي إلى الشعور بالعزلة والاكتئاب، وأن نوع واحد من هذه المخاوف يصبح فيه الطفل غير قادر على الكلام في معظم المناسبات الاجتماعية تسمى الخرس الانتقائي (Selective Mutism) وعادة ما تبدأ عند الأطفال الصغار جدا ويمكن أن تمتد إلى مرحلة المراهقة إذا لم تعالج. ويطلق على المخاوف الاجتماعية مصطلح قلق اجتماعي Social Anxiety Disorder

ويكون أكثر شيوعا لدى الإناث وعادة مـــا يظهر في منتصف مرحلـــة المراهقـــة ولكنه يمـــكن أن يظهر قبل هذه المرحلـــة العمرية، وقـــد يكون مزمنا ويصـــبح مشكـــلة مدى الحيـــاة تتخللها فتـــرات يصبح فيها أكثر شدة، ومن أعراضه فـــي مرحلـــة الطفـــولة المتـــأخرة: الحســـاسية المفرطة مـــن الـــنقد، الخـــوف من التقييم غير المباشر من الآخرين، مثل الاختـــبارات، إضافة إلـــى ضـــعف فـــي المهارات الاجتماعية، أما الأعراض الجسمية فتتمـــثل في سرعة ضربات القلب، تصبب العرق والإصابة بالإسهال. (D'Alli, 2000).

٤- اضطرابات التجنب (التحاشي): Avoidant Disorder

يعتبر من اضطرابات القلق التي تتعلق بالاتصال الاجتماعي، ويكون الطفل فيها خجول من التعامل مع الأقران والكبار الذي لا يعرفهم من قبل، في الوقت الذي تكون فيه علاقته قوية وتتسم بالدفء مع المألوفين لديه منهم ، ولكي يشخص هذا الاضطراب لابد أن يظهر لمدة ستة أشهر ويكون شديد لدرجة إعاقة التكيف الاجتماعي، وتحديدا تجنـــب الاتصال أو التعامـــل الاجتمـــاعي مع الغرباء. (لافن وآخرون، Levine, et al., 1992: 582).

٥- اضطرابات الهلع: Panic Disorder

يعتبر مارش (March,1995:212) اضطراب الهلع أحد الاضطرابات النفســية الشائعة عند الكبـــار، ولكـــــن يمكنهـــا الظهـــور أيضـــا لـــدى الصـــغار والمراهقين، وعلاقة قلق الانفصال بالهلع علاقة قوية ، ويشير عكاشـــة(١٩٩٨م) أن نسبة انتشار اضطراب الهلع حوالي ٢-٥ ٪ من مجموع الناس، وهو عبـــارة عن "نوبات متكررة من القلق الشديد (الهلع) لا تقتصر على موقـــف محـــدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها".(ص: ١٢٩)

ويشير كاسيدي وجيلينك(Cassidy & Jellinek, 1998) بأن اضطراب الهلع نادر جدا عند أطفال المرحلة الابتدائية ولكنه يظهر عند المراهقين، ويبدأ بنوبات هلع مصحوبة بالعديد من الأعراض الجسمية مثل الصداع الخفيف، والتنفس الســـريع، والعرق، وسرعة ضربات القلب، إضافة إلى ألم في الصدر أو البطن، والشـــعور بالهلع والإحساس بوقوع مكروه. وكثيرا ما يلي حدوث نوبة الهلع الأولى خوف

مستمر من الإصابة بنوبة أخرى، لذلك يعمل الفرد على بذل الجهد لتحاشيها وذلك بالبعد عن المكان الذي حدثت به. والطفل الذي يعاني من نوبة الهلع يمكن أن يرفض الذهاب للمدرسة أو الابتعاد عن والديه. (كين،KEN, 1998).

٦-اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: Post-Traumatic Stress Disorder

يظهر هذا القلق لدى الأطفال والمراهقين بعد تعرضهم لمواقف ضاغطة جدا، مثل التعرض لحوادث جسدية أو انتهاكات جنسية أو مشاهدة عنف أو وجودهم في مناطق كوارث مثل الزلازل والأعاصير والحروب، والأطفال المصابين بهذا الاضطراب عادة ما تعاودهم ذكرى هذه الأحداث بشكل متكرر وقوي على هيئة كوابيس ليلية أو أفكار مؤرقة، ويحاول الطفل تحاشي المواقف المماثلة لهذه الحوادث أو التي لها علاقة بها. (KEN,1998).

ويلخص دؤالي(D'Alli,2000) أعراض الاضطراب في الشعور بالخوف الشديد الرعب،العجز، سلوك هياجي، ضعف في الاستجابات الانفعالية مع نشاط فيزيولوجي زائد، وسرعة الاستثارة إضافة إلى اللعب المتكرر والمتعلق بالحدث الضاغط.

وقد أضافت الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق ((ADAA,2001) بأن اضطرابات الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder تزيد القلق والخوف و أن الأفكار الملحة Obsessive تزيد القلق بينما السلوك القهري Compulsive يخفف القلق وإصابة الأطفال والمراهقين به تتراوح ما بين ١-٣ ٪، وأن بعض الدراسات أشارت إلى أن الذكور من الأطفال إصابتهم بهذا الاضطراب ضعف الإناث،وأن الكثير من الذكور المصابين به لديهم اضطرابات اللوازمTic Disorder.

لهذا فان كستيلانوس و هنتر (Castellanos &Hunter, 1999) أشارا إلى مهمة أطباء الأطفال وأطباء الأسرة بأن يكونوا على دراية كافية بالأنواع المختلفة من اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين، وخاصة أنه من أكثر الاضطرابات النفسية حدوثا في هذه المرحلة وأعراضه تبدو عليهم بشكل متكرر.

وتستخلص الباحثة بعد عرض أكثر اضطرابات القلق شيوعا عند الأطفال حسب ما ورد في العرض السابق، بأن أعراض الإصابة باضطرابات القلق عند الأطفال تمثل مؤشر منذر للوالدين والطبيب المعالج بوجود خلل نفسي لدى الطفل، ويحتاج إلى تدخل مبكر حتى لا يتطور إلى أمراض نفسية أكثر حدة .

مدى انتشار اضطرابات القلق عند الأطفال:

يشير مارش(March,1995: 111) إلى دراسة كوستيلو وآخرون (Costello, et al.) التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم بين ٧-١١ سنة لمعرفة مدى تفشي اضطرابات القلق بينهم وقد أظهرت النتائج النسب التالية:

أي نوع من اضطرابات القلق	Any Anxiety Disorder	٪١٥,٤
المخاوف البسيطة	Simple Phobia	٪٩,١
اضطراب القلق العام أو القلق المبالغ فيه	OAD	٪٤,٦
اضطراب قلق الانفصال	Separation Anxiety Disorder	٪٤,١
اضطراب التجنب	Avoidant Disorder	٪١,٦
مخاوف الأماكن المتسعة	Agoraphobia	٪١,٢
المخاوف الاجتماعية	Social Phobia	٪١,٠
اضطراب الهلع	Panic Disorder	٪٠,٠

وبالنظر إلى نسب الانتشار السابقة يمكننا القول بأن القلق اضطراب شائع في هذه المرحلة العمرية المبكرة مما يوجب توجيه الانتباه إليه،وقد أشار كين (KEN,1998) بأن مركز خدمات الصحة العقلية CMHS والمعهد الوطني للأمراض العقلية NIMH بالولايات المتحدة الأمريكية، ذكر بأن القلق يمكن أن يلازم الطفل لفترات طويلة ويعيق حياته بشكل كبير، وأن إهمال علاجه يؤدي إلى:

- الغياب المدرسي أو عدم القدرة على إنهاء الدراسة.
- ضعف العلاقة مع الأقران.
- انخفاض مستوى تقدير الذات.
- إدمان على الكحول أو الأدوية.

-مشاكل تأقلم في محيط العمل والإصابة باضطراب القلق في مرحلة الرشد.

وتعتبر مراكز الرعاية الصحية الأولية خط الخدمة الصحية الأول في مختلف أنحاء العالم، وهي المحطة التي يتم فيها اكتشاف العديد من المشاكل الصحية والنفسية، فقد كشفت دراسة يعقوب وأسماء(Agoub &Asmma,2000) مدى انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب في عيادة أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بالدار البيضاء بالمغرب، حيث أشارت إلى أن نسبة انتشار اضطراب القلق بين مرضى العيادة ٣٢٪ توزع على أنواع القلق حسب حدوثها:

اضطراب قلق عام	١٤٪
الخوف الاجتماعي	٨٪
خوف الأماكن المتسعة	٦٪
اضطراب الهلع	٢٪
اضطراب الوسواس القهري	٢٪

وأن ٤٦٪ من مرضى القلق يظهرون أعراض اكتئابيه، لهذا أوصت الدراسة بتكثيف الانتباه لاضطرابات القلق والمزاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية، مما قد يحسن حالات المرضى مستقبليا.

أسباب القلق النفسي عند الأطفال:

"إن القلق هو لب كل المتاعب النفسية التي يعاني منها الإنسان، ويدفع به إلى المواقف الحرجة، وإلى أن يتصرف فيها بصورة تزعجه وتزعج غيره" (فهمي،١٩٩٨ م: ٢١٣)، وتشير كلير فهيم (١٩٩٣ م: ١٠٨) أنه بمضي الوقت تدخل في حياة الطفل أمور كثيرة تسبب و تثير في نفسه القلق، ومن **هذه الأسباب:**

- **الاستعداد الوراثي** الذي يتمثل في:

– إصابة أحد الأبوين بالقلق، حيث ينتقل القلق للأطفال نتيجة لتصرفات الأم أو الأب المضطرب.

- **الاستعداد النفسي:**

– تعرض الطفل لمواقف الصراع.

• **مواقف الحياة الضاغطة:**

- التهديد المستمر للطفل من قبل والديـــــه في كل موقف لا يرضــــــيهم.
- تكرار تعرض الطفل لمواقف الخوف والخــطر و القسوة والعنف والتي تتمثل في قسوة أحد الأبوين وكرهه وعقابه للطفل.
- عرض الطفل لصعوبات متكررة أو فشل في الحياة دون وجود المساعدة أو التوجيه.
- اضطـــراب الجو الأســـري وتفكــك الأسرة، والطـــرق الخاطئـــة في التنشــــــئة المتمثلة في القســـوة والتســـلط والحمايــــــة الزائـــدة والحرمـــــــان. حمزة (١٩٧٩م:٣٠٣)

وتشير دراسة جرونر و آخرون(Gruner, et al., 1999) إلى أن هناك علاقة واضحة وإيجابية بين الرفض الوالدي ، والتنشئة القلقة، والســيطرة الوالديـــة، وظهور أعراض القلق عند الأطفال.

وتستخلص الباحثة مما سبق التأكيد على أهمية توفير مناخ عــائلي يســوده الأمن والطمأنينة بقدر الإمكان، ومحاولة بناء علاقة جيدة بين الوالدين والأبناء يسودها الدفء والحب والتفاهم والاحترام والتوجيه البناء الذي يستمد بنوده من الشريعة الإسلامية السمحة التي لم تترك صغيرة ولا كبيرة في أمور علاقتنـــا بأبنائنا إلا وتناولتها حتى نتمكن من تنشئة جيل متحرر نسبيا من الاضطرابات النفسية وقادر على النهوض بالأمة مستقبلا.

مظاهر القلق النفسي:

إن التعبير المباشر عن القلق أمر يعد سهلا بالنسبة للراشدين ولكن يتعــذر حصوله كثيرا مع الأطفال نظرا لعدم مقدرتهم على التعبيـــر المباشـــر، ممـــا يجعلهم يلجئون إلى طرق مقّنعة وغير مباشرة يفهم مـــدلولها بعـــد الفحـــص المتأني، ومن هذه المظاهر ما أشارت إليه كلير فهيم (١٩٩٣: ١١٠) و عكاشة (١٩٩٨م: ١١٦):-

• **مظاهر جسمية:**

- سرعة دقات القلب والشعور بعدم الانتظام فيها.

- الأيدي المرتعشة الباردة المبتلة بالعرق أو في استمرار مص الأصابع وقضم الأظافر، أو هز الجسم، والقيام بحركات عصبية لا إرادية بالوجه.
- سرعة التنفس والنهجان والتنهيدات المتكررة.
- اضطراب تناول الطعام مع إمساك أو إسهال أو قيء لا يرجع إلى سبب عضوي ولكنه يعكس حالة الطفل النفسية.
- الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء.
- الشعور بالدوخة والصداع.
- الآم في مناطق مختلفة من الجسم مثل الساقين أو الذراعين.
- الشعور برغبة في الهرش والحك في بعض أجزاء الجسم.

• **مظاهر نفسية:**

- سهولة البكاء وكثرته يعد أكثر الوسائل شيوعا في تعبير الطفل عن القلق.
- الخوف من أشياء متعددة مثل الخوف من الأماكن المغلقة أو الأماكن المتسعة أو الخوف من الأمراض.
- عدم القدرة على التركيز، وسرعة النسيان والسرحان والصداع والاحساس بطوق يضغط على الرأس.
- فقدان الشهية للطعام.
- اضطراب النوم مع نوبات فزع ليلي أو كوابيس.

• **مظاهر سلوكية:**

- كثرة الحركة وعدم الاستقرار.
- اضطراب سلوك الطفل.
- الخجل ورفض الذهاب للمدرسة.
- الميل إلى الانزواء عند التعرض لموقف جديد، وبطء التأقلم على الظروف الجديدة مع عنف في الانفعالات العاطفية. الريس(١٩٩٣م:٢٧٢)

وتشير دراسة مارتن (Martin,1999) إلى أن المظاهر السلوكية لاضطرابات القلق عند الأطفال تتمثل في الخجل، ورفض الذهاب للمدرسة، واضطرابات النوم، والآم جسدية، وبطء في التأقلم وعنف داخلي (**Domestic tyranny**).

وتستخلص الباحثة من نتائج الدراسات والبحوث في مجال اضطرابات القلق، أن هذه الأعراض والاضطرابات تشكل خطورة في حياة الطفل، مما قد تسببه من إعاقة مسيرته الأكاديمية، واضطراب علاقته مع أقرانه، وشعوره بعدم احترام الذات، إضافة إلى توجيهه إلى سلوكيات خاطئة كالإدمان واستخدام العقاقير المخدرة، مع إمكانية إصابته بالقلق في مرحلة الرشد.

ثانيا: الاكتئاب Depression

أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) بأن الاكتئاب الآن يعتبر المسبب الثاني الأكثر شيوعا للإعاقات بعد أمراض القلب في الولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا، ،وانه منتشر بين المرضى وكبار السن، والآن أصبح المسبب الرئيسي للوفاة بين المراهقين والصغار. (كرامر،Kramer,2000).

ويعتبر فارلي وماكولي (Varley & McCauley, 2000) بأن الاكتئاب يعد من المشاكل الطبية الشائعة، حيث يصيب ٢-٥ ٪ من الأطفال والمراهقين من مجموع السكان وتزداد نسبته عند الأطفال في المراكز الطبية،و المصحات النفسية ، ومعدلات انتشاره تزداد بشكل خطير كلما اقترب الطفل من مرحلة المراهقة .

تعريف الاكتئاب:

الكأب والكأبة والكآبة: تعنى الغم وسوء الحال والانكسار من حزن. واكتأب فهو كئب وكئيب ومكتئب (الفيروز آبادي،١٩٩٦م :١٦٤).

وقد أشار القرآن الكريم إلى الحزن في مواضع عدة، فيقول عز من قائل (**وقالوا الحمد لله الذي أذهب عنا الحزن إن ربنا لغفور شكور**) (فاطر: ٣٤).

وعرف مسكويه "الحزن بأنه ألم نفساني لفقد محبوب أو فوت مطلوب" (نجاتي،١٩٩٣ م: ٩٢).

ويعرفه عبد الخالق (١٩٩٣م) بأنه "حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز ويصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية".(ص: ١)

ويعرف توفيق (١٩٩٧م) الاكتئاب بأنه "خبرة إنسانية شائعة، وأن كل فرد يمر في مرحلة من حياته بخبرة سيئة أو يعاني من مرض أو توجد لديه بعض المؤشرات التي تشير إلى الاكتئاب مثل الحزن، والكآبة، والتشاؤم، واليأس،وعدم الأهمية،والبكاء وفقد الشهية،وسوء الهضم وتناقص الدافع الجنسي".(ص: ١٨٧)

وعرفه عبد الخالق ورضوان(١٩٩٩م) بأنه "حالة مزاجية تتسم بالشعور بعدم الكفاءة، والشعور بالجزع أو القنوط، وتناقص النشاط أو الاستجابية، والتشاؤم، والحزن إضافة إلى عدد من الأعراض المرتبطة بذلك". (ص:٣١)

ويعرف الشربيني (١٩٩٤ م) الاكتئاب عند الأطفال بأنه "حالة يبدو على الطفل فيها الكسل وفتور الهمة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي والهروب، أو العلاقات السطحية المؤقتة، مع فقدان الأمل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وربما فقدان الشهية والشكوى من الآم جسمية وتوهم المرض، وصعوبة التركيز، وقد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء وإهماله لمظهره". (ص: ١٧٠)

وتعرف سهير الغباشي (٢٠٠٠م) الاكتئاب بأنه "يشير إلى مزاج عسير، يتميز بمشاعر الحزن، وافتقاد العون، وافتقاد الكفاءة أو القيمة والإحساس بالوحدة وغالبا بالذنب".(ص: ١٤٦-١٤٧)

كما أشار ليندزاي و بول (٢٠٠٠م) بأن ريبر Rippere يعرف المزاج الاكتئابي بأنه "خبرة عدم السعادة أو الكدر، والشعور بالزهق أو الذنب، وفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات وفتور الهمة واللامبالاة ".(ص: ١٠٥)

ويعرف ماكولي ومايرز McCauley & Myers الاكتئاب بأنه " الشعور بعدم الأهمية، وانخفاض تقدير الذات، وشيوع الأفكار الانتحارية، وصعوبة في التركيز والاستمتاع، وأن هذه الأعراض تؤثر في الأداء المدرسي وتوتر العلاقة مع الأقران وبين أفراد العائلة " (Varley & McCauley, 2000:1).

من خلال عرض تعريفات الاكتئاب يبدو أن هناك سمات مشتركة في وصف المزاج الاكتئابي بين الأطفال والراشدين مما يدل على تشابه الاكتئاب لدى الأطفال والراشدين. وهذا ما أشارت إليه دراسة ميتشل وآخرون(Mitchell, et al., 1988) بأن الأطفال يتشابهون تماما مع المراهقين في التعبير عن أعراض الاكتئاب، وأن الأعراض الاكتئابية لديهم تشبه نظيرتها لدى الراشدين، مع استثناءات قليلة.

النشأة التاريخية لاكتئاب الأطفال:

يمكن القول بأنه من المحتمل أن يكون الاكتئاب لدى الراشدين أقدم اضطراب طبي نفسي مسجل، فقد عرف منذ أقدم العصور، ولكن ذلك لا ينطبق على الاكتئاب لدى الأطفال، حيث تم التعرف على الكآبة، والجزع، والقنوط لديهم منذ القرن السابع عشر عن طريق الأطباء الباطنيين، ولكن لم يقبل بوجوده إلا في بداية السبعينات. (عبد الخالق،١٩٩١ م: ٢٢٠-٢٢١)، "وافترض الاكلينيكيون في الستينات من القرن العشرين أن الأطفال قبل المراهقة من غير المحتمل أن يصابوا بالاكتئاب، لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر وغير ناضج تماما حتى تظهر عليهم أعراض مثل التقدير المنخفض للذات،والذنب،واليأس" (عبد الخالق ورضوان، ١٩٩٩ م)، وفي بداية السبعينيات وضعت معايير لتمييز الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين أطلق عليها معايير واينبرج "Weinberg Criteria" واعتمد محتواها على معايير الاكتئاب الموجودة للراشدين، ونشرت Weinberg Criteria لاكتئاب الأطفال والمراهقين عام ١٩٧٣ م وللهوس عام ١٩٧٦ م، حسب ما أشار إليه وارن وآخرون(Warren, et al., 1995) وحتى بداية الثمانينات كان القليل من الناس الذين يعتقدون بأن الأطفال يمكنهم المعاناة من الاكتئاب السريري. وأشار فاسلـــــر (Fassler, 1997) بأن المرض لم يكـــن معتـــرف بـــــه رسميا من قبل المؤسسات الطبية، لاعتقاد المتخصصين في الصحة العقلية بأن الأطفال ينقصهم النضج العاطفي كي يصبحوا مكتئبين. ولكن في بداية ١٩٨٠م نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III ثم جرى تعديله في

١٩٨٨ م واصدر الدليل الثالث المعدل DSM-IIIR ، وفي ١٩٩٤ م جرى تعديل آخر واصدر الدليل الرابع DSM-IV الذي احتوى على ملخص لتشخيص الاكتئاب والهوس لدى الأفراد لجميع الفئات العمرية.(وارن وآخرون، Warren, et al., 1995).

إن الأبحاث خلال العقدين الأخيرين بينت أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلا الأعراض الاكتئابية التي تشكل زملة الاكتئاب Depression syndrome ، وأن الأعراض الاكتئابية إن ظهرت فإنها تعبر عن نفسها بصورة متخفية على شكل أعراض جسدية أو سلس بول أو اضطرابات السلوك. وشاع استخدام مصطلح "اكتئاب الطفولة"، وأظهرت البحوث أن الاكتئاب يمكن أن يحدث في أي عمر، ويظهر على شكل تجمعات أعراض مختلفة في كل مرحلة عمريه، من الطفولة المبكرة، عبر المراهقة وحتى الرشد (عبدالخالق ورضوان، ١٩٩٩).

نظريات تفسير الاكتئاب:

تعددت وجهات النظر في تفسير الاكتئاب ونشأته، من حيث الطفولة المبكرة والعوامل الاجتماعية، والتنشئة الأسرية واكتساب الخبرات في المرحلة العمرية المبكرة، ومن هذه النظريات ما أشارت إليه كلا من ليندا دافيدوف (١٩٨٣م) وسلوى عبد الباقي (١٩٩٢: ٤٤٢):-

نظرية التحليل النفسي: Psychoanalytic Theory

يرى فرويد أن الإشباع الزائد جدا، أو نقص الإشباع خلال المرحلة الفميه يولد شخصية تابعة، فعند تعرض الفرد لخسارة فعلية كموت حبيب، أو خسارة رمزية كالرفض، فانه يتولد لديه غضب لا شعوري نتيجة للخسارة، يتحول هذا الغضب إلى غضب من الذات ثم يتحول إلى اكتئاب.

نظرية التعلم السلوكي: Behavioral Theory

يفترض علماء النفس السلوكيين أن الاكتئاب يحدث عندما تختفي من حياة الإنسان مصادر التعزيز المعتادة ويستجيب الأفراد للخسارة والفقدان بإبطاء معدل نشاطهم، وإذا لم يتم تعزيز مجهوداتهم المقبلة فان معدل نشاطهم ينخفض بشكل أكبر. ويعتقد علماء نظرية التعلم الاجتماعي أن الأباء والأمهات يقومون بشكل

غير مباشر بتعليم أبنائهم خبرة الاكتئاب، وأن هناك ارتباطا بين اكتئـــاب وقلـــق الأطفال وأمهاتهم وآبائهم، لذلك فان الاكتئاب يتم تعليمه وتدعيمه من خلال الأسر المريضة.

النظريات الاجتماعية: Social Theory

ترجع النظريات الاجتماعية ظهور اكتئاب الأطفال لعدة عوامل منها:

البيت المحطم: وهو الذي تغيب فيه روابط الحب والعطف، أو يكون رب الأسرة مدمنا أو عاطلا أو منحرف السلوك، مما يؤدي إلى ظهور اضـــطرابات نفســـية متعددة من ضمنها الاكتئاب والميول الانتحارية.

- **العزلة الاجتماعية:** إن شعور الفرد بالعزلـــة وإحساســـه بالنبـــذ الاجتمـــاعي والضياع، يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب والذي يؤدي بدوره إلى الانتحار.
- **الأحوال الاقتصادية:** إن انخفاض المستوى الاقتصادي أو الفقر وعـــدم قـــدرة الفرد على إشباع حاجاته الأساسية، عامل أساسي في انتشار الاكتئاب وربمـــا الرغبة في الانتحار.
- **انخفاض الإنجاز أو الفشل:** إن إخفاق الفرد الذي لديه رغبة عالية في الإنجاز في بعض الأحيان، يؤدي إلى شعوره بالإحباط الذي تكـــون نتيجتـــه الحتميـــة ظهور مشاعر الاكتئاب، والفشل لا يعني فشل الفرد في تحقيق أهداف مادية بل يمتد إلى الفشل في العلاقات الشخصية والاجتماعية.
- **التنشئة الأسرية:**

عزى كثير من علماء النفس نشأة العصاب والذهان للتنشئة الأسرية ولطبيعـــة العلاقة بين أفراد الأسرة، فانعدام الجو العاطفي بين الوالدين، وعـــدم كفـــاءة الأم مـــن الناحية النفسية ودور الأب السلبي، يؤدى إلى عجز الطفل في هذه المرحلة ولكنه عنـــدما يصل إلى المراهقة يتحول من طفل عاجز إلى راشد سيئ التكيف.

إن تفسير هذه النظريات للاكتئاب عند الأطفال قد أيدتها نتائج العديد من الدراسات العربية والأجنبية.

تصنيف اضطرابات الاكتئاب عند الأطفال:

يشير الشربيني (١٩٩٤م) و ريزو و زابل (١٩٩٩م) إلى انه يمكن تصنيف اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال إلى عدة أنواع فرعية مختلفة إلى حد ما، مثلما يحدث في حالة اكتئاب الكبار، وهي:

١- الاكتئاب الحاد (الاكتئاب التفاعلي): Reactive Depression

هو اكتئاب خارجي المنشأ، يشير إلى اضطرابات نفسية ترجع أساسا إلى خلل جوهري في النظام البيئي الذي يعيش فيه الطفل، مثل موت أحد المقربين، أو انفصال الوالدين وطلاقهما، أو التعرض للإساءة الجسدية، أو الجنسية، أو الانفعالية، أو الرفض من قبل الأصدقاء، أو الفشل الدراسي.

ولا تكثر لدى الأطفال الواقعين في مثل هذا النوع حالات اكتئاب بين أفراد الأسرة، ويكون الطفل قبل الوقوع في مثل هذا النوع مشهورا بنشاطه وعلاقاته الطبيعية، وتظهر أعراض الاكتئاب بشكل مفاجئ عقب الحادث الطارئ .

٢- الاكتئاب المزمن: Chronic Depression

هو اكتئاب داخلي المنشأ، غالبا ما يصعب تحديد مصادر ضغوط بيئية معينة ترتبط به، حيث تعتمد الحالة المزاجية أو النفسية للفرد إلى حد كبير على العمليات الداخلية التي يبدو أنها كيمائية في طبيعتها، ورغم أن الحالة النفسية للفرد تختلف من وقت لآخر، إلا أن التغيرات لا ترتبط بصورة واضحة بالأحداث البيئية، وأن الطفل يكون لديه تباطؤ حركي قبل أن يصاب بهذا النوع من الاكتئاب، وينتظر وجود حالات الاكتئاب في عائلة هذا النوع من الأطفال ولا يسبق ظهور أعراض الاكتئاب حادثة أو أزمة نفسية.

٣- الاكتئاب المقنع: Masked Depression

لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب، بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والعبث بالأشياء التي تظهر أمام الطفل وربما يقوم بتكسيرها دون قصد، وأفعال تدل على ميول عدوانية.

ويضيف ريزو و زابل (١٩٩٩م) بأن هناك:

٤- الاضطرابات المزاجية: Affective Disorder

تتضمن الاضطرابات المزاجية أو العاطفية، اضطرابات شديدة في المـــزاج، وقد تصل الاضطرابات النفسية إلى درجة فقدان الطفل أو المراهـــق اتصاله بالواقـــع أو التعرض للهلوسة، والأوهام، وتشوش الأفكار،والسلوك الشاذ وفقد الأصدقاء، وقد تكون الاضطرابات العاطفية الأساسية أحادية أو ثنائية القطب، ذات منشـــأ داخلي أو خارجي.

٥- اضطرابات وجدانية أحادية القطب: Unipolar Affective Disorder

وتتميز بفترات متقطعة ومتكررة من المزاج الاكتئابي.

٦- اضطرابات وجدانية ثنائية القطب: Bipolar Affective Disorder

تتميز بنوبات متعاقبة من الاكتئاب والنشاط، والطاقة الزائـــدة، والانـــدفاعية، والحماقة، وعدم القدرة على تقدير الأمور بصورة غير مرغوبة، مع ملاحظة عدم وجود نظام معين لتتبع تلك النوبات، لدرجة أنه قد تتـــخللها فـــترات من المزاج والسلوك العادي.

٧-اضطرابات نفسية دورية: Cyclothymiacs Disorders

تتضمن تعاقب حالات الاكتئاب والقلق والمزاج على مدى عامين على الأقل، ولكن بدرجـــة أقل شـــدة من الاضطرابات العاطفية الأساسية، فتتعاقب حالات تدني مستوى تقدير واحـــترام الذات مع نقيضـها التقدير الزائد للذات، والانطواء مع الحاجة الملحة بالاتصـــال بالآخرين، وفقد الطاقة وكثرة النوم مع انخفاض الحاجة إلى النوم وزيادة النشاط والحيوية.

٨-اضطرابات نفسية مزدوجة (عصاب الاكتئاب): Dysthymic Disorder

يتمـــيز بالمزاج المكـــتئب الـــذي يســـتغرق عام واحدا على الأقل بين الأطفال والمراهقين، ولكن دون فقد الاتصال بالـــواقع أو ممـــارسة السلوك المضطرب وتظهر عليهم أعراض الاكتئاب العصابي.

لذلك يؤكد فارلي وماكولي (Varley & McCauley, 2000) أنه من الضـــرورة التعرف بدقة على الاكتئاب من قبل القائمين على الرعاية الصـــحية الأوليـــة، لأن التشخيص المبكر والدقيق يحدد العلاج ويقلل من التـــأثيرات الســـلبية للاكتئـــاب.

وعلاوة على ذلك فان الاكتئاب عند الصغار نادرا ما يظهر كمشكلة منفردة بذاتها ولكنه عادة ما يكون جزء من نموذج معقد من السلوك المقلق، والذي يلعب دور متحدي لكلا من التشخيص والعلاج. وقد قدر بأنه نحو ٢٠٪ من الصغار المكتئبين أظهروا اكتئاب ثنائي القطب بمرور الزمن، على الرغم من أن التشخيص المبكر لهذا النوع من الاكتئاب لا يزال موضع خلاف.

أعراض الاكتئاب عند الأطفال:

إن الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين من الناحية الظاهرية Phenomenologically والحيوية Biologically مشابها لما هو موجود لدى الراشدين. ويللر (Weller, 2000).

وأن الأطفال يتشابهون تماما مع المراهقين في التعبير عن أعراض الاكتئاب، وأن الأعراض الاكتئابية في كل من المجموعتين تشبه نظيرتها لدى الراشدين، مع استثناءات قليلة (عبد الخالق، ١٩٩٩ م: ١٠٧).

وقد أشير إلى أعراض الاكتئاب عند الأطفال في كثير من المراجع والدراسات منها (سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢م ،عبد الخالق، ١٩٩٣ م،الشربيني، ١٩٩٤ م،نادية عبد القادر، ١٩٩٥م، وارنر وآخرون Warren, et al.,1995، العنزي، ١٩٩٧ م،AACAP,1998، توفيق، ١٩٩٧ م، ريزو و زابل، ١٩٩٩م ، NIMH,1999) بأنها :

- الشعور بالحزن وتكرار نوبات البكاء.
- عدم الأهمية وفقدان تقدير الذات والشعور بالذنب.
- فقد الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة العادية.
- فقد الحيوية والشعور بالملل والوهن المزمن.
- العزلة الاجتماعية.
- الشعور بأنه غير محبوب من الآخرين.
- الحساسية المفرطة للنبذ أو الفشل.
- زيادة الاستثارة أو الغضب والتشاؤم.
- انعدام الأصدقاء أو صعوبة في تكوين علاقات صداقة.

- شكاوي جسدية متكررة مثل الصداع والآم البطن.
- الغياب المتكرر من المدرسة أو الأداء المدرسي المتدني.
- عدم القدرة على التركيز أو ضعفه.
- اضطرابات في نظام الأكل والنوم.
- التحدث أو المحاولات عن فكرة الهروب من المنزل.
- تكرار التفكير في الموت أو الانتحار.

إن ما سبق تلخيصه من أعراض أو مظاهر للاكتئاب عند الأطفال، يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل الأسرة، والمدرسة، وأطباء الرعاية والأطفال. ويعتبر التشخيص والعلاج المبكر لاكتئاب الأطفال أمر ضروري، لأنه مرض حقيقي يتطلب مساعدة متخصصين للتدخل (AACAP,1998)، وخاصة أن هناك دلائل مثبتة بأن الإصابة بالاكتئاب في المراحل المبكرة من الحياة غالبا ما تدوم، وتعاود الظهور، وتستمر حتى مرحلة الرشد، وأن هذا الاكتئاب المبكر يمكن أن ينبأ بأمراض أكثر حدة في حياة الراشدين (NIMH,1999).

أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

يتعرض الطفل للعديد من المؤثرات خلال مراحل نموه، وقد تنعكس أثارها على البعض منهم بشكل يؤدي إلى معاناة الطفل نفسيا من القلق أو الاكتئاب. وقد أشار كلا من(الشربيني،١٩٩٤ م، كلير فهيم، ١٩٩٦ م، حواشين وحواشين،١٩٩٦م، AACAP,1998، ويلر Weller,2000) إلى أن **أسباب اكتئاب الأطفال تعزى إلى:**

- **عوامل وراثية:**
  - وجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين وهو أهم أسباب اكتئاب الأطفال.
- **عوامل نفسية:**
  - وجود الطفل تحت ضغوط أسرية.
  - وفاة شخص عزيز مثل الوالدين أو أحدهما أو الجدة أو ما يسمى بالفقدان الفيزيائي لموضوع الحب.
  - وقوع حادث فراق شخص عزيز مثل الصديق أو المربية أو ما يسمى الفقدان المبكر لموضوع الحب.

- انشغال أحد الوالدين بزواج جديد أو عدم التوافق الزواجي بين الوالدين.
- انتقاد الوالدين أو أحدهما للطفل، والتقليل من قيمته أمام الغرباء.
- الضغط المبالغ فيه للتفوق الدراسي.
- والتنافس مع الأخ أو الأخت.
- الخوف من مدرس معين.
- معاناة الطفل من اضطرابات في الانتباه، والتعلم.
- اضطرابات القلق.
- عدم تحبيذ الكبار للاستماع لتعبير الأطفال عن أنفسهم وأسباب غضبهم، مما يجعلهم يلجئون إلى الصمت والشعور بالإحباط.

- **عوامل جسمية:**

- الأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات.
- التعرض للأذى من الأطفال الآخرين.

وقد أشارت بعض الدراسات كدراسة ويلر(Weller,2000) إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة لموت أحد الوالدين في مرحلة الطفولة والمراهقة و أن ثلث الأطفال يصابوا بالاكتئاب بعد وفاة والديهم أو أحدهما.

لذا فان الصورة الإكلينيكية لاكتئاب الأطفال، إنما تعبر في المقام الأول عن حالة تصيب الكائن البشري عند تزايد مشاعر الحرمان والإحباط لغياب الموضوع، بحيث تعبر كل هذه المشاعر عن نفسها بزملة القلق Anxiety Syndrome والتي يمكن أن تمثل مظهرا احتجاجيا للحرمان من الإشباع الفطري والنفسي الذي يتطلبه الطفل في أبكر مراحل عجزه، وإذا لم ينجح القلق في الإتيان بإمدادات الموضوع، فان ذلك ينعكس بدوره على الذات، بوصفه خيبة أمل و إنجراحا نرجسيا، وتكون أعراضه تلك التي وصفها معظم العلماء (عسكر،١٩٨٨ م: ١٠٦).

انتشار الاكتئاب والاضطرابات النفسية عند الأطفال:

دلت إحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٨٨م أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي٥٪ وأنه يوجد ثلاثمائة مليون مكتئب في عالمنا المعاصر (عكاشة،١٩٩٨م: ٣٥٢) ، وأشارت صحيفة الوطن (٢٠٠١: ٣١(ب)) أن الحالات المرضية النفسية في إقليم الشرق الأوسط تمثل ١٨٪ من إجمالي العبء العالمي للأمراض ويمثل الاكتئاب المرتبة الرابعة في حالات جميع الأمراض ويتوقع أن يحتل المرتبة الثانية عام ٢٠٢٠م، وأن انتشار الأمراض النفسية في إقليم الشرق الأوسط كبير ويصل إلى ٤٠ مليون شخص حسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية.

وقد أشارت العديد من الدراسات كما ورد عن المعهد القومي للصحة النفسية (NIMH,1999) بأن ٢,٥٪ من الأطفال و ٨,٣٪ من المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الاكتئاب ، وأن ٢٠٪ من المراهقين يصابوا على الأقل مرة واحدة بالاكتئاب قبل سن الثامنة عشر، وأن ٦٥٪ يسجلوا اكتئاب مؤقت، وبأعراض اقل حدة. (فارلي وماكولي، Varley & McCauley,2000)، وأن نسبة ٧-١٤٪ من الأطفال يعانوا من حالة اكتئاب أساسيMajor Depression قبل سن الخامسة عشر. (براون، Brown,1996) ، وتسيطر فكرة تمني الموت عند الأطفال قبل سن البلوغ والذين يظهرون أعراض اكتئاب نسبة ٣٥٪، بينما بلغت نسبة سيطرة فكرة الانتحار والتخطيط له١٥٪ ومحاولات الانتحار٥٪. (وارن، Warren,1995).

وقد أشارت أحدث البحوث الإحصائية في ١٩٩٦م بأن الانتحار كان ثالث المسببات للموت في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة، ورابعها بين الفئة العمرية ١٠-١٤ سنة (NIMH,1999). ودلت الأبحاث على أن الأطفال في سن الدراسة من (٦-١٢) سنة يعاني منهم ما نسبته ٧٪ من مشاكل نفسية، حيث تمثل الاضطرابات السلوكية نسبة ٤٪ والاضطرابات العاطفية ٢,٥٪ وهذه النسبة تزيد خمسة أضعاف فتصل إلى ٣٥٪ في الأطفال الذين يعانون من أمراض عضوية في الجهاز العصبي المركزي (الريس،١٩٩٣م: ٢٧٠)، وقد استنتج الخطيب والجمل في دراسة تمت على مجموعة من الأطفال السعوديين أن اضطرابات السلوك لها

دلالات إحصائية في تباين انتشارها بين الجنسين، وأن الذكور أظهروا معدلات أعلى من الإناث، بينما أعراض الاكتئاب تبدو أكثر وضوحا بين الإناث دون الذكــور (الدليم،١٩٩٣ م: ٢٢١)، وأن نسبة ٥-١٠٪ من طلاب المدارس مكتئبون وأن النسبة أعلى بين المراهقين و بخاصة البنات، كما أن نسبة ٢٥-٥٠٪ من الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم يظهرون علامــات الاكتئاب (عبد الخالق ورضوان،١٩٩٩م).

إن عرض نسبة انتشار الاكتئاب بين الأطفال، هو مؤشر يستحق الدراسة والدقة في الكشف عنه ومحاولة تشخيصه مبكرا، وخاصة أن الكثير من الباحثين يعتقدوا بأن اضطرابات المزاج Mood Disorders عند الأطفال والمراهقين تشكل واحــد من أكثر مجموعات الأمراض النفسية التي لم تحظى بالتشخيص الجيد لعدة عوامل منها:

- أن الأطفال ليسوا قادرين دوما على التعبير عما يشعروا به.
- إن أعراض اضطرابات المزاج تأخذ لديهم أشــكالا مختلفــة عمــا لــدى الراشدين.
- إن اضطرابات المزاج غالبا ما تصاحب باضطرابات نفسية أخرى، تخفي الأعراض الاكتئابية.
- وأن معظم الأطباء يميلوا إلى التفكير في اضطراب الاكتئاب وثنائي القطب على أنها أمراض الراشدين.

فلا غرابة في تأخر إضافة اضطرابات المزاج عند الأطفال إلى الأمراض النفسية المشخصة حتى عام ١٩٨٠م. (براون،Brown, 1996).

وقد أكد المعهد الوطني للأمراض العقلية (NIMH) بالولايات المتحدة الأمريكية على ضرورة التشخيص والعلاج المبكر للاكتئــاب عنــد الأطفــال والمــراهقين ليحميهم من الإعاقات الأكاديمية،والاجتماعية،والنفسية، والسلوكية، وحتــى يتــاح للأطفال أن يقضوا حياتهم باستعمال كامل لطاقتهم الكامنة (NIMH,1999).

الاضطرابات السيكوسوماتية: Psychosomatic Disorders

عرفت العلاقة المتبادلة بين النفس والجسد من خمسمائة عام تقريبا قبل الميلاد، منذ عهد الفلاسفة القدامى من أمثال هيبوقراط و أرسطو وأفلاطون، ثم تبعهم علماء المسلمين في القرن العاشر الميلادي من أمثال ابن سينا، وعيسى المجوسي، والرازي في التأكيد على أن الأمراض النفسية مثل الحصر والغم والهم والغضب والحسد تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه واضطراب وظائفه، وقد استلهم علماء المسلمين أفكارهم واتجاهاتهم ونظرياتهم من القرآن الكريم الذي أكد على أهمية الجانب النفسي أو الروحي في شفاء الأمراض الروحانية والجسدية،(الزراد، ٢٠٠٠ م) فيقول عز من قائل(**وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاء وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ**) (الإسراء: ٨٢) ويقول عز وجل (**قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاء**) (فصلت: ٤٤). ، وقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالعلاقة المتبادلة بين الأمراض العضوية والصراعات النفسية، وقد أطلق على بعض الاضطرابات العضوية في عملياتها المرضية ولكن النفسية في منشئها، اسم الأمراض الجسمية النفسية.(حمزة،١٩٧٩: ٢٥٠)، ولا يقتصر ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على الكبار فقط، ولكن حتى الصغار تشيع لديهم الشكاوي الجسدية والقلق على صحتهم والتي لا تستند إلى مرض عضوي في الأصل. (Zwagenbaum,et al., 1999)، وقد عرف بأن الشكاوي الجسدية Somatic Complaints عند الأطفال هي تعبير ضمني عن وجود القلق والاكتئاب الذي يسهل عملية التحويل السريع للمساعدة النفسية والعلاج من أجل تجنب الإجراءات الطبية غير الضرورية. (Bernstein, 1999).

تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

كلمة سيكوسوماتي في الفلسفة القديمة، مشتقة من كلمة سيكو (Psycho) وتعني الروح أو النفس أو العقل، وكلمة سوما (Soma) في اللغة اليونانية تعني البدن أو الجسم، وفي اللغة العربية يطلق على مصطلح السيكوسوماتي (نفس-جسمي)، وقد

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) عام ١٩٦٨م الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها:" مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية، تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي. وعرفت الموسوعة البريطانية الاضطراب السيكوسوماتي بأنه: الاستجابة الجسمية للضغوط النفسية التي تأخذ شكل اضطراب عضوي" (الزراد، ٢٠٠٠م: ٢١).

وتعرفها آمال باظة(١٩٩٩م) بأنها:" مجموعة من الأمراض التي يكون منشأها نفسي، ولكن تظهر أعراضها عضوية أو جسدية، وترجع في حدوثها إلى تعرض الفرد لأزمات نفسية مزمنة أو لانفعالات مستمرة، مما يؤدي إلى التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة جسدية، فتظهر الأعراض المرضية العضوية مثل الصداع النصفي، ضغط الدم المرتفع، اضطرابات الأكل، واضطرابات النوم" (ص:١٢٩).
كما يعرفها العيسوي (١٩٩٧م) بأنها:" مجموعة من الأمراض التي تنشأ من أسباب وعوامل نفسية واجتماعية، ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا أو عضويا" (ص: ١٢).

ويعرفها (Lahey, 1992) بأنها: " الاضطرابات التي تظهر لدى الفرد على شكل أعراض مرضية عضوية ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية أكثر من كونها جسمية" (ص: ٤٠٢).

كما أشار ياسين (١٩٨٨م) أن روك و كوستيلو عرفا الأمراض السيكوسوماتية بأنها" مجموعة من الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها" (ص: ٣٣).

من خلال عرض بعض التعريفات للاضطرابات السيكوسوماتية، يبدو أنها جميعا اتفقت في كونها أمراض نفسية المنشأ، عضوية المظهر، تحدث نتيجة وقوع الفرد في مآزق نفسية أو توترات مستمرة خلال فترات حياته.

نظريات تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية:

ظهرت العديد من النظريات والفرضيات النفسية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، فمنها النظريات التقليدية التي تعتمد على البناء الداخلي للشخصية والأخرى تعتمد في تفسيرها على أهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية ومن هذه النظريات ما أشار إليها (العيسوي، ١٩٩٧ م، آمال باظة ١٩٩٩ م، الزراد، ٢٠٠٠م):

نظرية التحليل النفسي: Psychoanalytic Theory

أكدت نظرية التحليل النفسي على أن كل عرض ينتج من صراع انفعالي لا شعوري معين، وأن هذه الصراعات اللاشعورية الرمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنمو النفسي الجنسي، وعدم حلها بصورة مرضية يؤدي إلى زيادة التوتر الجسدي، ثم ظهورها على شكل اضطراب عضوي. وقد ركزت هذه النظرية على دور القلق الهام في نمو شخصية الفرد وتحديدا في طفولته المبكرة، في تعرض الفرد للمرض النفسي، والمرض العقلي، والاضطرابات السيكوسوماتية.

النظرية السلوكية: Behavioral Theory

أكد بافلوف على أن العديد من الأمراض وخاصة الجسمية، مصدرها اختلال في العمليات العصبية، كما أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه، واعتبر أن الآثار الانفعالية أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية. ويرى بعض السلوكيين أن الاضطرابات السيكوسوماتية، ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ووسيلة لحل صراعاته، وبهذا تكون هذه العادات هادفة تحقق للفرد مكسبا، كما يروا بأن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية فاشلة تمت عن طريق الاشراط، فالطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد قد يلجأ للتبول على نفسه بهدف جلب انتباه الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته، ومع التكرار يلجأ الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي، وكذلك فان فقدان الشهية للطعام عند الطفل، تعزز اهتمام الأسرة، وتجلب انتباه الآخرين نحو الطفل، فيلقى

منهم العطف والحب والرعاية. وقد قسم السلوكيين العوامل العامة في نشؤ الأعراض السيكوسوماتية إلى عوامل مهيئة وراثية وعوامل مهيئة بيئية.

نظرية الأنماط الشخصية: Personality Type Theory

إن الاهتمام بالاضطرابات السيكوسوماتية قد ازداد حديثا نتيجة لظهور بعض أنماط الشخصية أ،ب Type A, B ، فقد حاولت هذه النظرية ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية، وميزت بين نمطين من السلوك نمط (أ) يرتبط جوهريا بعدم القدرة على التحمل والصبر، وزيادة القدرة التنافسية، وسهولة الاستثارة، وكثرة المهام والأعمال خارج المنزل، وحساسية فائقة لعامل الوقت، والرغبة في الإنجاز، وسرعة الحديث، وتوتر عضلات الجبين، وسرعة الغضب، والعداء، والشعور بالملل وعدم الاستقرار، وأصحاب هذا النمط يتعرضون إلى مرض الشريان التاجي للقلب. ونمط (ب) يتميز بالاسترخاء، والاهتمام بالحياة الخالية من المشاكل أكثر من الاهتمام بالنجاح والعمل الجاد، والتحرر من العدوان، مع عدم وجود إلحاح لعامل الوقت، وعدم الإحساس بالذنب، والعمل دون احباطات، والمشاركة في الأنشطة الرياضية دون الحاجة للتفوق، وأصحاب هذا النمط قلما يتعرضون إلى اضطرابات أو نوبات قلبية.

وبناءا على ما سبق عرضه من آراء بعض النظريات في نشأت الاضطراب السيكوسوماتي، يمكننا القول بأن الاضطرابات السيكوسوماتية قد تكون نتيجة لتعرض الفرد منذ طفولته لإحباطات وصراعات فشل في حلها، أو سلوك تعلمه من أجل التخفيف من هذه الصراعات، وحقق من خلاله مكاسب معينة، لهذا فان ظهور الأعراض السيكوسوماتية ما هي إلا تعبير عن انفعالات سالبة يشعر بها الفرد، وأن نمط شخصية الفرد تلعب دورا فعالا في ظهور هذه الأعراض.

المفهوم النظري للأمراض السيكوسوماتية عند الأطفال:

تركز النظرية السيكوسوماتية حاليا على عزو الاستجابات السيكوفيزيولوجية(النفس-جسمية) إلى المثيرات البيئية أكثر منها إلى خصائص الشخصية لدى الطفل أو المراهق. وقد عرف بأن التوتر بمستوياته الشعورية

واللاشعورية يعمل على إعطاء معاني موضوعية للمريض، وهذه المعاني تقوم بتنشيط الانفعالات، التي بدورها تظهر التغيرات السلوكية والفيزيولوجية في الفرد، وينتج عنها الأعراض المعبرة والتغيرات في الحالة الصحية، وإضافة إلى ذلك، قد يكون لدى الطفل استعداد وراثي يقوم بالاستجابة لهذه التوترات أو الضغوط بطريقة محددة، والتعامل مع الأحداث بأسلوب مخصص، فيقوم بالاستجابة لهذه الضغوط بإظهار أعراض معينة مثل، الصداع، الآم البطن، أو الشعور بالفتور والتعب. وبصرف النظر عن التأثيرات الوراثية والعمليات أو الميكانيزمات الفيزيولوجية لأثر الضغوط على نظام الجسم لدى الطفل، فان الباحثين صنفوا الضغوط إلى نوعين: **ضغوط بيئية أو جسمية:** وتشمل التغييرات المناخية أو الفصلية، الإنهاك الجسدي، والأعراض الجسمية للمرض مثل، ارتفاع درجة الحرارة والالتهابات والصدمات. و**ضغوط نفسية:** وتشمل المدرسة، المشاكل الأسرية، التنافس بين الاخوة، وتوقعات الأسرة تجاه الطفل. كما تلعب مراحل النمو التي يمر بها الطفل دور في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، فالأطفال الصغار في سن المدرسة أفكارهم غير ناضجة وجامدة، بحيث لا يستطيعون فهم العلاقة بين مسببات الآم البطن التي تحدث نتيجة لسخرية أقرانهم منهم، لهذا من الضروري على المهتمين بالأطفال أن يتذكروا بأن الأطفال في سن المدرسة لديهم صعوبة في فهم التأثيرات النفسية الاجتماعية على حياتهم، بينما عندما يصل الأطفال بداية المراهقة يكونون أكثر تفهما لهذه التأثيرات، مما يجعلهم يظهروا أعراض جسمية أكثر، كوسيلة للتكيف مع الضغوط البيئية الجديدة، لذا فانه يعتقد بأن عدم استقرار المراهقين في البيئة المنزلية أو المدرسية أو مع أقرانهم، ممكن أن يؤدي إلى نظرة سالبة للذات وزيادة الحساسية الجسمية لهذه المتغيرات، فضلا عن أن الأطفال والمراهقين الذين يظهرون شكاوي جسمية Somatic Complaints غير محددة، يحتاجون إلى علاج مكثف، وإلا فان هذه الشكاوي من المحتمل أن تستمر. (ريكرت وجاي، Rickert & Jey, 1994: 448-449).

أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

بالرغم من الاتفاق على أن هناك اضطرابات سيكوسوماتية تصف بعض الأمراض العضوية التي يؤثر فيها العامل الانفعالي بشكل كبير، فان الدراسات والأبحاث قد اختلفت في تناول أسباب هذه الاضطرابات والعوامل المؤثرة فيها، فقد عزى بعض العلماء والباحثين في علم النفس الاضطرابات السيكوسوماتية إلى عوامل نفسية كالصراع والقلق، وبعضهم رجح أثر العوامل الجسمية، والبعض الآخر تناول أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية، واعتبرها عوامل مهمة تسرع ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.(مايسة النيال، ١٩٩١ م: ١٤١)

وقد أشار كل من (مايسة النيال، ١٩٩١ م،هولرويد وشيبرد Holroyd & Sheppard, 1997، زويجنبوم, Zwaigenbaum,et al., 1999 , Martin, 1999, تاناكا Tanaka, et al.,2000) بأن أسباب ظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال ترجع إلى:

- **عوامل وراثية:**
  - دور العوامل الوراثية في بعض الاضطرابات.
  - الاستعداد الفيزيولوجي للطفل.
  - الضعف التكويني–الجهازي، والذي يرجع فيه السبب إلى ضعف في أحد أجهزة الجسم في مراحل التكوين والتطور، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض في ذلك العضو.
  - إصابة أحد أفراد العائلة.
- **عوامل نفسية:**
  - ضحالة النضج العاطفي Emotional Immaturity والكبت، والخوف من المسؤولية.
  - وجود الطفل وسط عائلة مفككة، تبالغ في الحماية، متصلبة الرأي، منغلقة ومتقوقعة على نفسها.
  - المشاحنات الأسرية، إهمال الطفل وحرمانه، الغيرة، العدوانية، وعدم الشعور بالراحة والسعادة، والخبرات الطفولية المؤلمة.

- المشاكل النفسية الاجتماعية.
- الصعوبات في الأداء المدرسي.
- ضغوط الحياة المتعددة، و إصابة الطفل بقلق أو اكتئاب.

- **عوامل اجتماعية:**

- اضطراب العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
- التفاعل غير الجيد أو السلبي مع الوالدين.
- انفصال الوالدين أو طلاقهما.
- انخفاض المستوى الاقتصادي والاضطرابات العائلية.

خصائص الأمراض السيكوسوماتية:

ذكرت آمال باظة (١٩٩٩ م: ١٣٥) أن غالي وأبو علام، أوضحا أن الأمراض السيكوسوماتية تتميز عن غيرها بأربع خصائص هي:

- لها أعراض واضحة من الخلل أو الاضطراب أو اختلال الوظائف يحسه المريض، وهي أعراض يمكن لكل طبيب أن يتبين علامتها الواضحة عند الفحص السريري(الإكلينيكي) المبدئي.
- أنها تظهر في شكل إصابة فعلية، لها كل أعراض المرض أو الخلل العضوي.
- تختلف عن الأمراض الوهمية، في كون المريض يضيق بها ذرعا وتؤرقه تماما، وتشغل حيزا كبيرا من اهتمامه.
- الأمراض السيكوسوماتية تصيب كثيرا من الناس، وقد يحار الأطباء في أسبابها، خصوصا عندما يجدون الأعراض لا تختفي رغم استعمال أكثر الأدوية ملاءمة للمرض.

وظهور هذه الأعراض على الرغم من عدم وجود مسببات عضوية، إلا أنها حقيقية جدا، وتقلق الفرد. (لاهي، Lahey, 1992: 402).

مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية في عيادات أطباء الأطفال:

يقابل أطباء الأطفال يوميا في عياداتهم العديد من حالات الأطفال الذين يعانون من أعراض مزمنة أو متكررة و لا ترجع لاضطرابات جسمية. وقد وجد أن المشاكل الاجتماعية، والنفسية، والسلوكية تمثل أكثر من ٢٥٪ من الزيارات لأطباء الأطفال، بينما قدرت نسبة ٦٨٪ من الأطفال المراجعين للعيادات، بأن شكواهم الجسمية Somatic Complaints مرتبطة بعوامل نفسية، وهذه الشكاوي في مجموعها هي تحديدا ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية، والتي تحتاج لوقت أطول للعلاج، عن الأمراض العضوية مثل التهاب الأذن الوسطى. وتشير الدراسات بأن ذروة الأعراض السيكوسوماتية تظهر بشكل واضح عند سـن معين (٧ سنوات عند الذكور، ٦ و١٦ سنة عند الإناث) أما حسب التشخيص فتكون الأعراض السيكوسوماتية أكثر شيوعا عند الإناث في سن ٤-١٤ سنة، ومن هذه الاضطرابات الآم البطن، الصداع، والآم العضلات، وتزداد نسبة الأعراض كلما اقترب الطفل من مرحلة المراهقة، علاوة على أن أي عضو من أعضاء الجسم قابل لأن يكون هدف للاضطرابات السيكوسوماتية. وبصرف النظر عن التعريفات المختلفة لطبيعة الأمراض السيكوسوماتية، فانه على أطباء الأطفال أن يتذكروا بأن الشكاوى الجسدية حقيقية جدا للمريض وعائلته، ولكن تعبير كل مريض عنها، يتأثر بأشكال مختلفة وكثيرة من الضغوط النفسية الاجتماعية، وقد أشارت الدراسات بأن ١٠٪ من عمل طبيب الأطفال موجه للأمراض السيكوسوماتية. (ريكرت وجاي، Rickert & Jey, 1994: 448).

آثار المرض على المحيطين بالطفل: Impact of Disease

إن الأمراض أي كانت مسبباتها النفسية والاجتماعية، حتما لها تأثيرات بشكل متفاوت على البناء الاجتماعي النفسي والسلوكي للمريض، فإصابة الأطفال بالأمراض تؤثر على حياة الوالدين والاخوة والمحيطين بهم بشكل أو بآخر، فالأمراض المزمنة غير المعروفة الأسباب تسبب ارتباك مؤقت داخل الأسرة،

بينما الأمراض العضوية المحددة والمعروفة أسبابها يكون تأثيرها أطول مدة وأكثر سلبية على الطفل المريض وأسرته. (لافن وآخرون، Levine, et al., 1992).

الاضطرابات السيكوسوماتية الشائعة عند الأطفال:

جذبت أمراض الجهاز الهضمي لفترة طويلة الأطباء المهتمين بالأمراض السيكوسوماتية، ومنذ بداية الطب السيكوسوماتي كان واضحا بأن الجهاز الهضمي بشكل خاص لديه حساسية للتأثيرات النفسية، وقد وصف فرانز الكسندر Franz Alexander أحد الرواد الأوائل في الطب السيكوسوماتي سبعة أمراض سيكوسوماتية، ثلاثة منها تتعلق بالجهاز الهضمي، وعلى الرغم من التغيرات التي طرأت على مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية خلال السنوات الماضية، إلا أن الأمراض السيكوسوماتية التي حددها الكسندر Alexander لا تزال تحدث بسبب عوامل نفسية. (لافن وآخرون، Levine, et al., 1992: 322) وتعتبر الآم البطن أحد أشكـــال أمراض الجهاز الهضمي ومن أكثر المشاكـــل شيـــوعا عند الأطفال. (آلفن ، Alfven,1995) .

وسوف تقوم الباحثة بعرض أكثر الاضطرابات السيكوسوماتية شيوعا في عيادات الأطفال، والتي تتمثل في (الآم البطن المتكررة، والتقيؤ، والصداع، والآلام العضلية-الهيكلية).

الآم البطن المتكررة: Recurrent Abdominal Pain (RAP)

تعرف الآم البطن بأنها: نوبات من الآم البطن المتكررة عند الأطفال في ســـن ٤-١٦ سنة، وتستمر لأكثر من ثلاثة أشهر وتؤثر على مزاولة النشاطات الطبيعية للطفل. ولا تصنف الآم البطن كتشخيص، ولكنها قد تكون المؤشر الأقوى لوجود عدد كبير من الأمراض العضوية المحددة، ولكن أغلبية حالات الآم البطن تعزى إلى اضطراب الأمعاء الوظيفي Functional Bowel Disorder والذي يعني عدم وجود خلل عضوي، التهابات،عدوى ، أو مسببات كيمائية-حيوية لآلام البطن ، وتعتبر هذه الآلام بمثابة السطح الدقيق المشترك بين الآم البطن العضوية والوظيفية التي تتحدى أطباء الرعاية الأولية. وقد أشارت الدراسات الحديثة بأن

المصابين بالآم البطن المتكررة عند تحويلهم إلى متخصص فانهم يظهرون اضطرابات نفسية داخلية تتمثل في القلق، والاكتئاب البسيط، الانسحاب، وضعف في تقدير الذات. (بويل، Boyle, 1997)، وأيدت ذلك دراسة جيربر وآخرون (Garber, et al., 1990) إلى أن الأطفال المصابين بأعراض الآم البطن المتكررة أظهروا اضطرابات نفسية واضحة، خاصة القلق والاكتئاب. وأشار بويل (Boyle, 1997) بأن الآم البطن تبدأ عند الأطفال تدريجيا وتستمر لأقل من ساعة في ٥٠٪ من المرضى، وأقل من ثلاث ساعات في ٤٠٪ منهم، بينما تكون مستمرة في أقل من ١٠٪ من الأطفال، والطفل عادة لا يستطيع وصف الألم بالتحديد، فضلا عن مصاحبة الآم البطن لأعراض أخرى مثل الصداع،الغثيان، الدوار، والشعور بالتعب.

وقد بلغت نسبة حدوث الآم البطن المتكررة لدى الأطفال ١٠-١٥٪ للفئة العمرية ما بين ٥-١٥ سنة، واعتبرت من أكثر الأعراض شيوعا في مرحلة الطفولة. (تورك، Turck,1998)، وأشارت الدراسات إلى أن كل ١ من ١٠ أطفال مصابين بالآم البطن المتكررة يذهبون إلى المدرسة بانتظام، وأن الغياب لأكثر من يوم واحد في كل ١٠ أطفال يظهر في ٢٨٪ منهم ، وتلعب العوامل الاجتماعية، كالانتباه أو الاهتمام الزائد، وفترات الراحة والعلاج عند الإصابة بالألم، إضافة إلى الغياب من المدرسة دورا في تعزيز ظهور الآلام، وتتميز أسر هؤلاء الأطفال بأنها تعاني من اكتئاب والدي، انغلاق، حماية زائدة ،ومعاملة قاسية للأطفال. (بويل، Boyle, 1997) ويستخدم الأطفال الآم البطن كوسيلة للعقاب والتحكم، فالأطفال الذين لا يرغبون في البقاء وحيدين في المنزل، يظهروا هذه الأعراض، كما أن الطفل الذي لا يرغب بالذهاب للمدرسة قد يشكو من الآم في البطن، وقد لاحظ علماء النفس أن حالات الاكتئاب يمكن أن تبدأ بأعراض الآم البطن (الزراد، ٢٠٠٠ م).

وتستخلص الباحثة مما سبق أن الآم البطن النفسية أو العصبية تحدث دون وجود سبب هضمي عضوي، إنما بسبب عوامل نفسية تحقق للطفل مكاسب شخصية، ويتخذ منها وسيلة للهروب من المواقف غير المرغوبة.

التقيؤ العصبي: Nervous Vomiting

يعرف راموس وتوتشمان(Ramos & Tuchman, 1994) القيء: بأنه إخراج محتويات المعدة أو بعضها بقوة من الفم . ويتم ذلك عن طريق منعكس، يعمل عكس التقلصات التي تحدث من الأعلى إلى الأسفل عبر القناة الهضمية، حيث يحاول الفرد إراديا أو لا إراديا التخلص من شيء مؤذ للجسم (الزراد، ٢٠٠٠م)، والتقيؤ عند الأطفال هو استجابة طبيعية لعدد من الأحداث والمثيرات المختلفة التي تتضمن، الإصابة بمرض، أو بلع مواد سامة، أو ضغوط نفسية تتمثل في المدرسة أو التوتر داخل المنزل. (تشف و شيلوف، Schiff & Shelov, 1997: 162)، والتقيؤ النفسي أو العصبي هو تقيؤ عابر لمقدار قليل من الطعام وليس كله ولا يدوم طويلا، ويصاحبه موقف انفعالي واضح أو قلق، وقلما تصاحبه حالات غثيان أو وجود أعراض نقص التغذية، وتؤكد الدراسات النفسية أن عملية التقيؤ ترتبط بالعوامل النفسية الشعورية واللاشعورية، فهو يرتبط بالشعور بالذنب، والعوامل المكبوتة، وقد فسرت المدرسة التحليلية التقيؤ في ضوء مراحل النمو، فأرجعت التقيؤ إلى النكوص للمرحلة الفمية، التي يتعامل فيها الطفل مع محيط أمه من خلال فمه ويستمد منه كل اللذة والراحة، فتعرضه لخبرات مؤلمة أثناء التغذية في مرحلة عمرية مبكرة، تؤثر في نمو شخصيته وعلاقاته مع الآخرين مستقبلا، كما كشفت الدراسات النفسية أن أمهات الأطفال الذين يتقيئوا يكن غير ناضجات، ويعتمدن على الغير، ويعجزن عن إمداد أطفالهن بالحنان والحب والعطف والعناية الجسمية اللازمة، وكثيرا ما يعانين من اكتئاب، ولا يجلسن مع أطفالهن إلا لفترات قصيرة، ويظهر التقيؤ بوضوح لدى الأطفال بالتبني، والأطفال الذين يعاملون ببرود عاطفي، كمحاولة لجلب قدر من الانتباه والشعور بالأهمية واللذة عن طريق إعادة و تكرار التغذية، كما أشارت الدراسات بأن استجابة التقيؤ تزداد لدى أطفال الأمهات اللاتي يستجبن لتقيؤ أطفالهن بالضرب والقسوة خوفا من تلويث الأم أو الأثاث، مما يزيد بعد الطفل عن أمه وحرمانه من حنانها، ويستخدم الطفل التقيؤ كطريقة للهروب من المواقف الضاغطة أو التغيب عن المدرسة (الزراد، ٢٠٠٠م).

الصداع: Headache

يعرف الصداع بأنه "حالة من الألم العارض أو الدائم الذي يصيب الرأس، ويسبب ضيقا للإنسان" (الزراد، ٢٠٠٠ م: ٤٠٠) ويعتبر الصداع من الأعراض الشائعة والمتكررة الحدوث عند الأطفال، ولكن تحديد نوعه كعرض عضوي أو وظيفي يمكن أن تكون مهمة صعبة حتى للأطباء من ذوي الخبرة، لذلك من المهم أخذ تاريخ مفصل وإجراء فحوصات طبية كاملة للطفل لتحديد نوع وسبب الصداع، وقد وجد بأن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يشكون من الصداع لا يكون بسبب عضوي(NHF,2001)، وقد أشار النجورث (Illingworth,1984) بأن أوستر ونيلسون Oster & Nielsen وجدا أن ٢٠,٦٪ من الأطفال في سن المدرسة يعانوا من عرض الصداع، وأن ٥٪ تقريبا من الأطفال يحولوا إلى المستشفى بصداع يعزى لسبب عضوي، ومن العوامل النفسية المختلفة التي ترتبط بالصداع لدى الأطفال الانشغال الزائد والقلق حول الأعمال المدرسية، المدرسين غير المحببين، أو بسبب سخرية أو أذية الأقران، وتتميز شخصية الطفل المصاب بالصداع بأن لديه حساسية أعلى للخجل، صعوبات في النوم، ويتميز بالدقة والبحـــث عن الكمال وأن لديـــه مشـــاكل نفســية واضطرابات سلوكيـــة. (كاول،Kowal,1999)، وصنفت المؤسسة الوطنية للصداع NHF الصداع إلى ثلاثة أنواع: **صداع نصفي** Migraine Headache ويصيب جانب واحد من الرأس ويكون مصحوبا بالغثيان والقيء ، **وصداع توتري أو ضاغط** Tension-Type Headache يشعر فيه المريض وكأن رأسه محاط برباط ضاغط، وهو أكثر أنواع الصداع شيوعا بين الأطفال، ويحدث بسبب عوامل متعددة منها، الضغوط المدرسية، والتنافس، والمشاجرات العائلية، والمطالب الملحة من الوالدين للطفل، لذلك فحص الطفل والوالدين أمر مطلوب لتحديد ما إذا كان هناك قلق أو اكتئاب. أما النوع الثالث فهو **الصداع العضوي** Organic Headache والذي ترجع مسبباته إلى أورام أو التهابات في الدماغ. (NHF, 2001) ويعتبر الصداع النصفي أحد مسببات نوبات الصداع المتكررة عند الأطفال وعادة ما يكون مصاحب بأعراض متعددة مثل، الآم البطن، الغثيان، فقدان الشهية، القيء، تغيرات في

المزاج، توتر، احتقان بالأنف مع ارتفاع في درجة الحرارة قد تصل إلى ٣٩ درجة مئوية، وينتشر بين الأطفال الأقل من ١٢ سنة بنسبة ٢-٥٪ ويزداد انتشاره في الأطفال الأكبر سنا ويصل في نهاية سن المراهقة إلى ١٠٪، وأن نسبة إصابة الأطفال بنوبات صداع متكررة أو شديدة تتراوح ما بين ١٪ للأطفال أقل من عشر سنوات و٥٪ للأطفال ما بين ١٠-١٧ سنة، ويكون أكثر شيوعا لدى الصغار من الذكور عنه لدى الإناث،بينما تصل نسبته ٨٠٪ عند الإناث سن ٢١-٢٤ سنة، والصداع يسبب إعاقة لوظائف الأطفال حيث قدرت حدوث هذه الإعاقة في ١ طفل من كل عشرة في سن ٩-١٨ سنة، وتتمثل هذه الإعاقات بشكل كبير في الأداء المدرسي، فقد وجد أن ٣٧٪ من الأطفال المصابين بصداع نصفي سجلوا ضعفا دراسيا خلال نوبات الصداع يتمثل في انخفاض التركيز داخل الفصل وفي أداء الواجبات المنزلية (ABP,1995, MHNI, 1999) وفي ١٩٨٩ م احتل الصداع المرتبة الثالثة لمسببات الغياب المدرسي حسب ما أشار إليه National Health Interview Survey، حيث وجد أن الأطفال الذين يتعرضون لنوبات صداع متكررة أو شديدة، يتغيبون بمعدل ٣,٦ أيام في السنة لكل طفل، وأن ١٠٪ من الصغار الذين يعانون من صداع نصفي يتغيبون بمعدل يومين في الشهر، وأن ١٪ يتغيبون يومين من كل أسبوع، بينما الأطفال في ما بين سن ٧-١٧ سنة والمصابين بصداع يومي ويعالجون في عيادات الأطفال المتخصصة يتغيبون بمتوسط يصل إلى ٦,٣ يوم من كل شهر أو ما يعادل ٥٧ يوم من السنة الدراسية، وبتصاعد الغياب المدرسي، يتدنى مستوى الطالب الأكاديمي مما يسبب له التوتر والقلق والذي هو مماثل لما يسببه الصداع(MHNI, 1999) وقد أشارت دراسة أندراسيك وآخرون(Andrasik, et al.,1988) أن الأطفال المصابين بالصداع النصفي سجلوا درجات عالية على مقياس الاكتئاب والشكاوي الجسدية Somatic Complaints. ويشير كل من العيسوي (١٩٩٤ م) و الزراد (٢٠٠٠ م) بأنه لوحظ أن مرضى الصداع النصفي ينتمون إلى أسر اعتادت على كبت مشاعرها،وكظم انفعالاتها وعدوانيتها.

الآلام العضلية الهيكلية: Musculoskeletal Pain

هي الآم يشعر بها الطفل في العضلات أو العظام أو الألياف العضلية وقد تكون منتشرة في أجزاء الجسم أو في أماكن محددة، ومن هذه الآلام ، ألم في المعصم، والرقبة، والكعب، و الكوع، و الظهر، و الحوض و الأكتاف. (مايكلسون وآخرون، (Mikkelsson, et al., 1997(b))، وقد أشارت دراسة ديانسينسو وفرانز (de Inocencio & Fernandez, 1998) إلى أن عدد زيارات الأطفال لمراكز الرعاية الأولية بشكاوى الآلام العضلية الهيكلية تصل إلى ٦,٢٪ في سن ٣-٩ سنوات وتتكرر بشكل أكبر في سن ١٠ سنوات وما فوق بنسبة ٥٣,٤٪ وتكون أكثر حدوثا عند الذكور حيث تصل إلى ٦٥,١٪ ، وقد حددت دراسة ديانسينسو(de Inocencio, 1998) في مراكز الرعاية الأولية هذه الشكاوي بآلام في الركبة وتمثل ٣٣٪، مناطق أخرى مثل (الكاحل، المعصم، الكوع) وتمثل ٢٨٪، الآم العضلات والأربطة ١٨٪، الآم الكعب ٨٪، الآم الحوض ٦٪، والآم الظهر ٦٪. أما نسبة تكرار حدوث هذه الآلام بشكل عام في الجسم أو في مناطق محددة فقد أشارت دراسة مايكلسون وآخرون (Mikkelsson, et al, 1997 (a)) إلى أن ٥٢,٤٪ من الأطفال قبل سن المراهقة يظهرون في البداية أعراض عضلية هيكلية في جزء واحد من الجسم مرة في الأسبوع على الأقل، وأن الآلام المحددة مثل الآم الرقبة تكون أكثر استمرارية في الإناث منه عند الذكور، وأن استمرارية الآلام لا تتعلق بالمستوى الدراسي للطفل، وقد كشفت الدراسة بأن هذه الآلام تسبب إعاقة لنشاطات الطفل وأن هذه الإعاقة تكون أشد لدى الأطفال الذين يشتكون من أعراض الألم في أكثر من منطقة واحدة. ويساهم الضيق النفسي Psychological Distress لدى الأطفال قبل سن المراهقة في استمرارية الآم العضلات غير المحدد في مناطق متعددة من الجسم، لهذا في عيادة الأطفال لا ينظر إلى الألم فقط ولكن إلى مدى تأثيره على النشاطات اليومية. (Mikkelsson, et al., 1998)، وفي معظم الحالات يبدي المرضى ابتهاج Cheerful Affect عند ما يشتكون من الألم الشديد ويتميز معظم الأطفال المصابين بهذه الأعراض بأن ذكائهم عادي، وأن لديهم صعوبات أكاديمية غير ملحوظة، كما وجد بأن الأطفال الذين يعيشون في أسر

تتصف بالترابط، والاستقرار، والتنظيم يظهر أفرادها أقل ضيق وتوتر عن الأسر التي تتصف بالتفكك، وعدم الاستقرار النفسي، و الفوضى. (شيري وآخرون1991 (Sherry, et al.، وقد أشارت دراسة مايكلسون وآخرون ((Mikkelsson, et al., 1997(b) إلى علاقة الآم العضلات بظهور بعض الأعراض والاضطرابات النفسية، فأظهرت بأن الأطفال الذين يبدون الآم عضلات منتشر في أجزاء الجسم (WSP) Wide Spread Pain لديهم مشاكل نفسية وسلوكية عند مقارنتهم بأطفال أصحاء، إضافة إلى ظهور أعراض اكتئابية، ومشاكل في النوم، بينما اظهر الأطفال الذين يشكون من الآم ليفية عضلية Fibromyalgia أعراض اكتئابية أكثر، وأن الأطفال الذين يعانون من الآم في الرقبة أظهروا أعراض اكتئابية اقل، ولكنهم عرضة لازدياد الأعراض النفسية مستقبلا، وقد أشارت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين الآم العضلات وظهور الأعراض الاكتئابية عند الأطفال، وأكدت على أهمية تمييز الألم والاكتئاب وعلاجه مبكرا لمنع تطور مشاكل الآلام المزمنة مستقبلا، لهذا أوصت بأن يكون الاكتئاب في الحسبان عند ظهور شكاوي الأطفال من أعراض الآم العضلات.

وتستخلص الباحثة من عرض أكثر الأعراض السيكوسوماتية شيوعا عند الأطفال، أن هذه الأعراض تكون بمثابة المؤشر لاحتمالية وجود اضطرابات نفسية غير واضحة، لا يستطيع الطفل التعبير عنها نظرا لصغر سنه أو لعوامل أخرى. وبشكل عام فان الشكاوي الجسدية Somatic Complaints ترتبط بشكل قوي مع الاضطرابات النفسية أو الوجدانية عند الإناث وبالاضطرابات السلوكية عند الذكور، حيث وجد أن الآم المعدة أو البطن والصداع معا والآم العضلات بمفردها ترتبط ارتباطا قويا عند الإناث مع اضطرابات القلق، بينما الآم المعدة أو البطن عند الذكور ترتبط باضطراب التمرد المتحدي(الجريء) Oppositional Defiant Disorder و اضطراب فرط الحركة وضعف الانتباه Hyper Active Attention-Deficit Disorder، في حين أن الآم العضلات Musculoskeletal Pains ترتبط بالاكتئاب في كل من الإناث والذكور.(إيجر وآخرون Egger, et al., 1999).

الدراسات السابقة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من وجود علاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال، في سن ٦-١٢ سنة، وهناك مجموعة من الدراسات المتاحة في هذا الموضوع استطاعت الباحثة الحصول عليها، وفيما يلي عرض لها:

دراسات تناولت القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية:

- **دراسة مايسة النيال (١٩٩١ م)** الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها بالقلق والاكتئاب. هدفت الدراسة إلى بناء مقياس للأعراض السيكوسوماتية للأطفال ودراسة العلاقة بين مقياس الأعراض السيكوسوماتية ومتغيري القلق والاكتئاب، وأجريت الدراسة في مصر على عينة من الأطفال حجمها ٢٠٢ من الطلبة الطالبات بالمرحلة الإعدادية من الصف الثاني والثالث إعدادي بمتوسط عمري ١٣ سنة (١٠٠ من الذكور و ١٠٢ من الإناث) ، واستخدمت مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس الأعراض السيكوسوماتية، وأظهرت النتائج أن متوسط درجات عينة الإناث أعلى من متوسط الذكور في جميع المتغيرات، كما وجدت ارتباط جوهري دال بين الأعراض السيكوسوماتية وكلا من القلق والاكتئاب.
- **دراسة فارني وآخرون(Varni, et al., 1996)** تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الآلام المزمنة الحادة والتوتر النفسي عند الأطفال والمراهقين. تكونت عينة الدراسة من ١٦٠ طفل ومراهق بآلام مزمنة، وقد استخدمت الدراسة مقاييس مقننة للأطفال ووالديهم لقياس شدة الألم، الأعراض الاكتئابية، حالة القلق-سمة القلق، التقدير العام للذات، والمشاكل السلوكية الداخلية والخارجية. وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن الأطفال الذين يعانون من الآم مزمنة حادة لديهم أعراض قلق واكتئاب عالية، ومشاكل سلوكية، بينما أظهروا انخفاض في التقدير العام للذات. وقد نوقشت نتائج الدراسة في ضوء محاولة منع وعلاج الألم والمعاناة عند الأطفال الذين يعانون من الآم مزمنة.

- **دراسة بيرنستين وآخرون (Bernstein, et al., 1997)** الأعراض الجسمية لدى الأطفال القلقين والمكتئبين الرافضين للمدرسة. وهدفت الدراسة إلى تحديد أكثر الأعراض الجسمية شيوعا لدى عينة من المراهقين الرافضين للمدرسة ولديهم اضطرابات قلق واكتئاب، والتعرف إلى أي الشكاوي الجسدية ترتبط بمستوى عالي من القلق أو مستوى عالي من الاكتئاب. و أجريت الدراسة بالولايات المتحدة الأمريكية بولاية مينيسوتا، . وقد تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من ٤٤ من المراهقين، استخدم فيها المقابلات النفسية ومقياس القلق للأطفال، ومقياس بك للأطفال ومقياس الأعراض السيكوسوماتية، وقد أظهرت النتائج بأن أكثر الأعراض الجسمية شيوعا كانت تندرج تحت المسببات اللاإرادية والجهاز الهضمي، وأن مستوى القلق والاكتئاب مرتفع لدى الأطفال الذين يعانون من أعراض جسمية شديدة، وأن العلاقة الارتباطية واضحة بين نسبة الغياب المدرسي وظهور الأعراض الجسمية الشديدة .
- **دراسة كوهن وآخرون (Cohen, et al., 1998)** العلاقة المتوقعة بين الأعراض السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية من مرحلة الطفولة إلى الرشد. هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى قوة العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة وما يترتب على تلك العلاقة من ظهور أعراض الاكتئاب الأساسي ، واضطرابات المناعة وما إذا كانت هذه العلاقة لها ارتباط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية للعينة. و استخدمت عينة عشوائية للدراسة قوامها أكثر من ٧٠٠ طفل من ولاية نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية تتراوح أعمارهم مابين ١-١٠ سنوات في عام ١٩٧٥ م حتى أصبحوا في بداية مرحلة الرشد عام ١٩٩٢م. وقد قيمت الصحة الجسمية والنفسية بواسطة المتابعة ومقابلات الوالدين على مدى ٦ سنوات مجزئة إلى (١٩٨٣، ١٩٨٥-١٩٨٦و ١٩٩١-١٩٩٣م). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن: الأعراض السيكوسوماتية لها علاقة بزيادة مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية لكل الفئات العمرية، وأن الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية بشكل متكرر تنبأ بظهور الاكتئاب الأساسي لدى جميع الأعمار، وأن العلاقة قوية بين

الإصابة بالأمراض العضوية وظهور الاكتئاب، في حين أشارت الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية للعائلة والإصابة بالأعراض السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية.

- **دراسة إيجر وآخرون (Egger, et al., 1999)** الشكاوي الجسمية والاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين: الآم المعدة أو البطن، الآلام العضلية الهيكلية، والصداع. وهدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين الشكاوي الجسمية والاضطرابات النفسية المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث المعدل DSM-III-R مثل الاكتئاب، اضطرابات القلق، اضطراب المسلك (الجناح)Conduct Disorder، اضطراب التمرد المتحدي (الجريء) Oppositional Defiant Disorder ، و اضطراب فرط الحركة وضعف الانتباه. وأجريت الدراسة بالولايات المتحدة الأمريكية بولاية نورث كارولاينا ، وقد أظهرت النتائج بأن الشكاوي الجسدية بشكل عام ترتبط بشكل قوي بالاضطرابات النفسية عند الإناث، والاضطرابات السلوكية عند الذكور، وأن الآم المعدة أو البطن والصداع معا، والآم العضلات بمفردها ترتبط باضطرابات القلق لدى الإناث، بينما الآم المعدة أو البطن عند الذكور ترتبط باضطراب التمرد الجريء واضطراب فرط الحركة وضعف الانتباه، في حين أن الآم العضلات ترتبط بالاكتئاب في كل من الذكور والإناث.
- **دراسة تاناكا وآخرون(Tanaka, et al., 2000)** أثر العوامل النفسية الاجتماعية في ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى أطفال المدارس باليابان. أجريت الدراسة في مدرسة أوسكا الابتدائية باليابان ، على عينة حجمها ١٦١٩ طالب وطالبة، استخدم فيها التحليل الكمي المتعدد بشكل منفصل في الأطفال الكبار ١٠-١٢ سنة وعددهم ٨٦٠ والأطفال الصغار ٧-٩ سنوات وعددهم ٧٥٩ ،لحساب معامل الارتباط بين درجات الشكاوي الجسمية والمتغيرات النفسية الاجتماعية، وقد صممت هذه الدراسة للبحث عن العوامل النفسية الاجتماعية المتسببة في ارتفاع مستوى الأعراض السيكوسوماتية بالنسبة

لعمر الطفل، وأظهرت النتائج علاقة قوية بين درجة الشكاوي الجسدية والمشاكل النفسية الاجتماعية في مجموعة الأطفال الكبار(١٠-١٢سنة) عنها في مجموعة الأطفال الصغار (٧-٩)، وبمزيد من التحليل، ظهر بأن الصعوبات في الأداء المدرسي، وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، كانت الأسباب الرئيسية في ظهور الشكاوي الجسدية لديهم، أما بالنسبة للصغار من الأطفال فان عدم اكتمال النضج في المهارات الاجتماعية يبدو المشكلة الأساسية، إضافة إلى ضعف التفاعل الوالدي، والعاب الكمبيوتر زادت من الشكاوي الجسدية.

- **دراسة ماسي وآخرون (Masi, et al., 2000)** الأعراض السيكوسوماتية لدى الأطفال والمراهقين المحولين باضطرابات نفسية وسلوكية. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن انتشار الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال والمراهقين عددها ١٦٢ بإيطاليا وقد تم تحويلهم إلى مراكز للأعصاب ومراكز نفسية بسبب اضطرابات نفسية أو سلوكية. وقد اتخذت الدراسة من العمر والجنس والحالة النفسية كمتغيرات لها. واستخدمت الدراسة الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقليةDSM-III-R، إضافة إلى المقابلات التشخيصية لكل طفل، وقسمت العينة وفقا للجنس (٩٦ ذكور، ٦٦ إناث)، العمر(٧٠ طفل أقل من ١٢ سنة،و ٩٢ مراهق أكبر من ١٢ سنة)، والاضطرابات النفسية (قلق، اكتئاب، قلق واكتئاب مختلط، واضطرابات أخرى). وأشارت النتائج إلى أن ٦٩,٢٪ أظهروا أعراض سيكوسوماتية واحتل الصداع منها نسبة ٥٠,٦٪ ،بينما أظهر الصغار من الأطفال الآم بطن متكررة أعلى من المراهقين، في حين لم تسجل أي اختلافات بين الجنسين في تكرار نسبة الشكاوي السيكوسوماتية، وارتبط القلق والاكتئاب أو الاثنان معا بالأعراض السيكوسوماتية وخاصة الصداع بنسبة مرتفعة أعلى منها في الاضطرابات النفسية الأخرى. ولم تسجل نتائج الدراسة أي اختلافات في تكرار الشكاوي السيكوسوماتية لدى الأطفال المصابين بالقلق، الاكتئاب، والقلق والاكتئاب المختلط.

- **دراسة تناولت القلق والاكتئاب :**

- **دراسة برادي وكنـــدل (Brady & Kendall, 1992)** تناولت هذه الدراسة القلق المصاحب باكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وقد تكونت عينة الدراســـة مـــن ثلاث مجموعات الأولى تعاني من قلق، الثانية من اكتئاب، والثالثة مـــن قلـــق مصاحب باكتئاب، وقد تم جمع المعلومات عن طريق مراجعة التراث النفســـي للقلق والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، إضافة إلى التشخيص الفارق، تقيـــيم الأعراض، التاريخ العائلي، و الفحوصات العياديـــة، وتمـــت هـــذه الدراســـة بالولايات المتحدة الأمريكية ببنسلفانيا. وقد أشارت نتـــائج الدراســـة إلـــى أن ١٥,٩٪ إلى ٦١,٩٪ من الأطفال صنفوا إما قلقين أو مكتئبين أو لـــديهم قلـــق مصاحب باكتئاب وأن العلاقة بين القلق والاكتئاب عالية، بينما أظهر الأطفـــال المصابين بقلق أعراضا اكتئابية أقل من المجموعتين الأخرى ومرحلة عمريـــة أصغر، في حين أشارت الدراسة بأن الأطفال المكتئبين والقلقين أبدوا أعراض أكثر وضوحا ومرحلة عمرية أكبر، وتسبق أعراض القلق في هذه المجموعـــة الأعراض الاكتئابية.

دراسات تناولت القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلـــة فـــي الآم البطن:

- **دراسة هودجز وآخرون (Hodges, et al., 1985)** الأعراض الاكتئابيـــة عنـــد الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة ووالديهم. هدفت الدراســـة إلـــى تقييم الاكتئاب عند هؤلاء الأطفال ووالديهم. و أجريت الدراسة علـــى ثلاثـــة مجموعات من الأطفال، الأولى ٢٥ طفل يعانون من الآم الـــبطن المتكـــررة، والثانية ٦٧ يعانون من اضطرابات سلوكية والثالثة ٤٢ طفـــلا معافـــا، وقـــد استخدمت المجموعتان الثانية والثالثة للمقارنة، كما استعملت قائمـــة الاكتئـــاب للأطفال (CDI) وقائمة بك لتقييم الاكتئاب عند الوالدين.. وقد أشـــارت النتـــائج إلى أن الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكـــررة والأطفال الأصحاء لم تكن ذات دلالة إحصائية ولكنها كانت أقل بدلالة مقارنـــة بالأطفال المضطربين سلوكيا، وبالمقابل سجلت أمهات مجموعة الأطفال الذين

يعانون من الآم بطن متكررة واضطرابات سلوكية درجات عالية من الاكتئاب عن أمهات مجموعة الأطفال الأصحاء، بينما لم يسجل الآباء أي اختلافات في المجموعات الثلاثة. لهذا اقترح الباحثون أن السمات الاكتئابية عند الأمهات يمكن أن تلعب دورا هام في أسباب الآم البطن المتكررة عند الأطفال.

- **دراسة ووكر وجرين(Walker & Green, 1989)** هدفت إلى التمييز بين الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة وعائلاتهم بناءا على نمط الشكاوي الجسدية، القلق، والاكتئاب. وقد أجريت الدراسة على ٤١ طفلا يعانون من الآم بطن متكررة غير عضوية، و ٢١ طفلا يعانون من الآم بطن عضوية و ٤١ طفلا سليما، وذلك من أجل المقارنة بينهم. وقد استخدمت عدة مقاييس منها، قائمة الاضطرابات الجسدية للأطفال CSI، وقائمة الاكتئاب للأطفال CDI، وقائمة الأطفال السلوكية CBC، وقائمة القلق كسمة-وكحالة للأطفال. وقد أشارت النتائج بأن الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة غير العضوية والعضوية سجلوا درجات عالية من القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية مقارنة بالأطفال الأصحاء، وأن أمهات الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة غير العضوية لديهم مستويات أعلى من القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية عن الأمهات الأخريات، بينما لا تظهر هذه الأعراض على الآباء في أي مجموعة. وقد أشارت النتائج بأن الإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب على نمط الشكاوي الجسدية يصعب تميزها بين المرضى المصابون بالآم البطن المتكررة العضوية و غير العضوية نظرا لتشابه مستويات الأعراض عند المجموعتين، لذا اقترح الباحثان أنه يجب توجيه الجهود نحو المحرك الخفي الجديد (القلق والاكتئاب) عند الأطفال.
- **دراسة جيربر وآخرون (Garber, et al., 1990)** الآم البطن المتكررة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية عند الأطفال ووالديهم. هدفت الدراسة إلى التحقق من وجود اضطرابات نفسية مصاحبة لآلام البطن المتكررة عند الأطفال. أجريت الدراسة بالولايات المتحدة الأمريكية بولاية تينسي، ، وقد تكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات من الأطفال: الأولى أطفال بآلام

البطن المتكررة من غير سبب عضوي، الثانية أطفال بآلام البطن المتكررة بسبب عضوي، الثالثة أطفال باضطرابات نفسية، الرابعة أطفال أصحاء كمجموعة ضابطة. وأظهرت الدراسة بأن المجموعتين التي تعاني من الآم في البطن عضوية وغير عضوية أظهروا اضطرابات نفسية (قلق واكتئاب) مقارنة بمجموعة الأطفال الأصحاء، وأن المجموعتين المصابة بأعراض الآم البطن المتكررة ومجموعة الأطفال التي تعاني من اضطرابات نفسية سجلوا درجات عالية من الاضطرابات الداخلية على قائمة الطفل السلوكية Child Behavior Checklist، بينما مجموعة الأطفال المصابين باضطرابات نفسية سجلوا درجات أعلى من الجميع على مقياس جلوبيل لتقييم عدم التكيف عند لأطفالChildren's Global Assessment Scale، كما أظهرت الدراسة بأن أمهات الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة غير العضوية، كانوا اكثر قلقا من أمهات الأطفال في المجموعات الثلاثة الأخرى.

- **دراسة وكر وآخرون (Walker, et al., 1991)** هدفت إلى مقارنة وجود الأعراض الجسدية لدى ثلاث مجموعات من الأطفال إضافة إلى والديهم، حيث تكونت المجموعة الأولى من أطفال يعانون من الآم بطن متكررة، والمجموعة الثانية من أطفال لديهم الآم بطن عضوية والمجموعة الثالثة تكونت من أطفال أصحاء. وقد سجلت مجموعة الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة أعلى العلامات على مقياس الأعراض الجسدية مقارنة بمجموعة الأصحاء في الزيارة الأولى للطبيب وأعلى من مجموعتين الأطفال الذين يعانون من الآم بطن عضوية والأطفال الأصحاء بعد ثلاثة أشهر من المتابعة العيادية، وإضافة إلى ذلك فقد أشارت الدراسة بأن ارتفاع العلامات على مقياس الأعراض الجسدية لدى أباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة مرتبط بارتفاعه لدى أطفالهم ، ولكن ليست لدى المجموعتين الأخريين.
- **دراسة ريما غيشان (١٩٩٤ م)** هدفت إلى معرفة العلاقة بين الآم البطن المتكررة عند الأطفال وكل من القلق والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٤ طفلا يعانون من الآم البطن المتكررة وتتراوح

أعمارهم بين ٨-١٤ سنة ويراجعون عيادة مختصة في مشفى الأميرة بديعة التعليمي في اربد بالأردن، ومقارنتهم مع مجموعة أخرى من أطفال لا يعانون من الآم بطن متكررة ومتطابقين من حيث العدد الجنس والعمر ويراجعون نفس العيادات لإصابتهم بأمراض أخرى متعددة. وقد طبقت الباحثة على الأطفال ثلاث مقاييس: قائمة الاكتئاب للأطفال للبيئة الأردنية، وقائمة القلق كسمة-كحالة، كما قامت بعمل استبيان لحوادث الحياة الضاغطة للأطفال والمراهقين. وقد أظهرت الدراسة فروقا دالة إحصائيا في متوسطات القلق، والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة بين المجموعتين، حيث تميزت مجموعة الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة بمستويات عالية من القلق والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة. وأوصت الباحثة بضرورة توجيه الجهود من قبل المرشدين للاهتمام بالعوامل النفسية الاجتماعية والعوامل الانفعالية والتي لها علاقة بأعراض الأطفال النفس جسدية.

- **دراسة جيربر وآخرون(Garber, et al., 1998)** هدفت إلى معرفة التوافق بين تقرير الأمهات والأطفال عن الأعراض السيكوسوماتية والنفسية في المصابين بآلام البطن المتكررة و الاضطرابات النفسية. اشتملت العينة على ٨٨ طفل مصابين بآلام بطن متكررة، ٥١ مصابين باضطرابات نفسية، و ٥٦ أطفال أصحاء. وأجريت الدراسة بالولايات المتحدة الأمريكية بولاية تينيسي، وقد استخدمت الدراسة استبيان للأطفال ما بين ٦-١٨ سنة وأمهاتهم لتقييم الأعراض السيكوسوماتية، الإعاقات العضوية، و الاكتئاب. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال المصابين بآلام البطن المتكررة سجلوا أعراض سيكوسوماتية واكتئابية لأطفالهم أكثر من الأطفال أنفسهم، وتعزو الدراسة ذلك إلى أن المستوى العالي من الضغوط الوالدية كان لها علاقة كبيرة في تسجيل الأمهات للأعراض بشكل أكثر من أطفالهم، وأثبتت الدراسة أنه لا علاقة لعمر الطفل أو جنسه في هذه التقارير.

دراسة تناولت القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلة في الصداع:

- **دراسة أندراسيك وآخرون (Andrasik, et al., 1988)** الاضطرابات النفسية لدى الأطفال الذين يعانون من الصداع النصفي المتكرر. هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية المصاحبة للصداع النصفي المتكرر لدى الأطفال. أجريت الدراسة بالولايات المتحدة الأمريكية بولاية فلوريدا، على مجموعة من الأطفال عددهم ٦٤ تتراوح أعمارهم بين ٨-١٧ سنة، ٣٢ منهم يعانون من صداع نصفي متكرر و٣٢ مجموعة ضابطة لا تعاني من صداع، وتتماثل العينتين في العمر والجنس والمستوى الاجتماعي، ، واستخدمت الدراسة اختبارات نفسية مكثفة لكل طفل مثل: مقياس الاكتئاب للأطفال للفئة العمرية ٨-١٣ سنة و مقياس بك للاكتئاب للفئة العمرية ١٤ سنة فما فوق، و مقياس حالة_سمة القلق للأطفال (٨-١٢سنة) و مقياس حالة_سمة القلق نموذج X للأطفال (١٣ فما فوق)، و مقياس الشخصية للأطفال وقائمة سلوك الطفل وقائمة الأعراض السيكوسوماتية واستبيان التكيف الاجتماعي للأطفال. وقد أظهرت النتائج بأن الأطفال الذين يعانون من صداع سجلوا درجات عالية على كل مقاييس الاكتئاب والشكاوي الجسدية، بينما المراهقين المصابين بالصداع أظهروا ارتفاع متزايد على مقياس سمة القلق، وأن الكبار من الذكور الذين يشتكون من الصداع أظهروا ضعف عام في مستوى التكيف.

دراسة تناولت القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية متمثلة في الآم التقيؤ:

- **دراسة ماروكا وآخرون (Muraoka, et al., 1990)** التقيؤ النفسي: العلاقة بين أشكال التقيؤ والتشخيص النفسي. هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية المصاحبة لأشكال التقيؤ المختلفة. و أجريت الدراسة في مستشفى Kyushu الجامعي باليابان على مدى ١٥ عام، على عينة حجمها ٥٩ مريض أدخلوا المستشفى بتشخيص تقيؤ نفسي ليس له أسباب عضوية، وتتراوح أعمار العينة بين ١٠-٦٣ سنة، منهم ٤١ من الإناث، ١٩ من الذكور. ، واستخدم التقييم النفسي والتشخيص السيكاتري لكل مريض، وقد استند التشخيص على تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث- المعدل DSM-III-R واستخدم

أيضا مقياس الاكتئاب، واختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية. وصنف التقيؤ إلى خمس أنواع: تقيؤ مستمر، عادة التقيؤ بعد الأكل، تقيؤ غير منتظم، غثيان، وتقيؤ مقصود Self Induced. وأظهرت نتائج الدراسة بأن الاضطرابات النفسية للتقيؤ إما اكتئاب أساسي Major Depression أو اضطرابات تحولية Conversion Disorders ، وقد ارتبط التقيؤ المستمر بالاضطرابات التحولية، بينما معظم حالات عادة التقيؤ بعد الأكل، والتقيؤ غير المنتظم ارتبطت بالاكتئاب الأساسي، في حين ارتبطت حالات الغثيان باضطرابات القلق العام، بينما وجد ٦ حالات من المرضى يعانوا من اضطراب قلق عام، وحالة واحدة من اضطراب وسواس قهري.

دراسة تناولت القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية متمثلة في الآم العضلات:

- **دراسة مايكلسون وآخرون (Mikkelsson, et al.,1997(b))** هدفت إلى دراسة الأعراض النفسية وعلاقتها بالآلام العضلية الهيكلية والآلام الليفية العضلية في أطفال ما قبل سن المراهقة.أجريت الدراسة في فنلندا على مجموعة من أطفال المدارس الابتدائية الصف الثالث والخامس، وقد بلغ حجم العينة ١٧٥٦ من الطلبة والطالبات قسموا إلى ثلاث مجموعات، الأولى أطفال يعانوا من الآم منتشرة WSP والثانية يعانوا من الآم في الرقبة NP ، والثالثة مجموعة ضابطة من الأصحاء. واستخدم مقياس الاكتئاب للأطفال واستبيان للنوم،والفحص العيادي للكشف عن الآلام الليفية العضلية Fibromyalgia كما استخدمت قائمة التقييم الوالدي لسلوك الطفل واستبيان التوزيع الاجتماعي، ولتقييم المعلم استخدم نموذج تقرير المعلم. وأظهرت النتائج أن الأطفال بالآلام المنتشرة سجلوا ارتفاع ملحوظ في درجات الاضطرابات النفسية والسلوكية عن المجموعة الضابطة، تبعا لتقييم الطفل والوالدين، كما سجل الأطفال بالآلام المنتشرة درجة أعلى على مقياس الاكتئاب من الأطفال بآلام الرقبة، بينما أظهر الأطفال بالآلام الليفية العضلية درجات أعلى على مقياس الاكتئاب من الأطفال الذين يعانون من الآلام المنتشرة WSP.

دراسة تناولت الأعراض السيكوسوماتية والحالة الاجتماعية الاقتصادية:

- **دراسة سينج وآخرون (Singh, et al., 1991)** حوادث الحياة العائلية الضاغطة والشكاوي السيكوسوماتية الغير محددة لدى أطفال المدارس. .هدفت إلى دراسة العلاقة بين حوادث الحياة العائليـــة الضـــاغطة والشكاوي السيكوسوماتيـــــة. و أجريت هذه الدراسة بالهند بمقاطعة البنجاب على ٤٧٧ من أطفال المدارس. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بـــين الضـــغوط الحياتيـــة وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الأطفال مع ارتفاع نسبي لدى الإنـــاث، كما كانت الشكاوي السيكوسوماتية أكثر لدى الأطفـــال الـــذين يعيشـــون فـــي عائـــلات مركزية(nuclear families) وعائـــلات تغلـــب عليـــــها الأميـــة أو أمهات ثقافتهم ضعيفة، في حين لم تثبت الدراسة وجود علاقة ملحوظـــة بـــين الشكاوي السيكوسوماتية و الحالة الاجتماعية الاقتصادية أو عدد الأطفال داخل العائلة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

عند استعرض الدراسات السابقة، حصلت الباحثة على دراستان عربيتان فقط في مجال بحث القلق والاكتئاب وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية، حيث أجرت مايسة النيال(١٩٩١م) الدراسة في (مصر)و ريما غيشان (١٩٩٤م) بالأردن، بينما الدراسات الأخرى حول الموضوع كانت أجنبية في مناطق متفرقة من العالم. وتعتبر الدراسة الحالية هي الأولى في موضوعـــها بالمملكـــة العربيـــة السعودية على حد علم الباحثة.

وبالنظر للدراسات السابقة نجد أن معظمها ألقت الضوء على الجوانـــب التـــي تناولتها الدراسة الحالية، حيث أظهرت بعض الدراسات:

العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية مثل دراسة كلا من: مايسة النيال(١٩٩٩م)، وفارني وآخرون (Varni, et al., 1996)، وبيرنستين وآخرون(Bernstein, et al., 1997)،و كوهن وآخرون (Cohen, et al., 1998)، إيجر وآخرون (Egger, et al., 1999)، دراسة تانـــاكا وآخـــرون(Tanaka, et al.,

2000)، ماسي وآخرون (Masi, et al., 2000). وقد كانت نتائج هذه الدراسات تشير إلى وجود علاقة إيجابية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية. كما أشارت دراسة برادي وكندل (Brady & Kendall, 1992) إلى العلاقة بين القلق والاكتئاب وأظهرت بأن العلاقة بينهما عالية وأن الأطفال قد يكون لديهم قلق مصاحب باكتئاب، في حين أشار إلى القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلة في الآم البطن كلا من: هودجز وآخرون (Hodges, et al., 1985)، ووكر وجريـــن(Walker & Green, 1989))، و جـــيربر وآخـــــرون (Garber, et al., 1990)، و وكر وآخرون (Walker, et al., 1991)، و ريما غيشان (١٩٩٤ م)،و جيربر وآخرون(Garber, et al., 1998)، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة. وتناولت دراسة أندراسيك وآخرون (Andrasik, et al., 1988) موضوع القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلة في الصداع، وأشارت إلى أن الأطفال الذين يعانون من صداع سجلوا درجات عالية على كل من مقاييس الاكتئاب والشكاوى الجسدية ، في حين أشارت دراسة ماروكا وآخـــــرون (Muraoka, et al., 1990) إلـــــى القلق والاكتئـــــاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلة في التقيؤ، وأظهرت أن الاضطرابات النفسية للتقيؤ إما اكتئاب أو قلق عام، كما تنـــــاولت دراســــــــة مايكلســـون وآخـــــــــرون (Mikkelsson, et al.,1997) موضوع القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية المتمثلة في الآم العضلات، وأشارت إلى أن الأطفال بالآم العضلات المنتشرة سجلوا ارتفاع ملحوظ في درجات الاضطرابات النفسية، في حين أشارت دراسة سينج وآخرون (Singh, et al., 1991) إلى العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية والحالة الاجتماعية الاقتصادية وأظهرت أنه لا توجد علاقة ملحوظة بين الشكاوي الجسدية والحالة الاجتماعية الاقتصادية.

وقد اتفقت جميع الدراسات مع الدراسة الحالية في الجنس حيـــث تمـــت علـــى الذكور والإناث، أما بالنسبة لأعمار العينة فمعظم الدراسات تمت علـــى الأطفـــال والمراهقين، ماعدا دراسة أندراسيك وآخرون (Andrasik, et al., 1988) ودراســـة

ريما غيشان (١٩٩٤م) و دراسة تاناكا وآخرون(Tanaka, et al., 2000) فقد تمت على عينة مماثلة تقريبا لعينة الدراسة الحالية ، أما حجم العينة فقد تفاوتت في كل الدراسات حيث بلغت أصغر عينة ٥٩ طفل في دراسة ماروكا وآخرون (Muraoka, et al., 1990) وأكبر عينة ١٧٥٦ طفل في دراسة مايكلسون وآخرون (Mikkelsson, et al.,1997)، وقد كانت معظم العينات الكبيرة لطلاب المدارس بينما العينات الصغيرة في العيادات الطبية، وتتفق عينة الدراسة تقريبا مع العينات العيادية حيث بلغت عينة الدراسة الحالية ٣٠ حالة.

الأداة المستخدمة في الدراسات السابقة:

تفاوتت من أداة واحدة إلى أكثر حيث استخدمت دراسة:

- دراسة هودجز وآخرون(Hodges, et al., 1985) مقياس الاكتئاب للأطفال، وقائمة بك لتقييم اكتئاب الوالدين.
- دراسة أندراسيك وآخرون(Anrasik, et al., 1988) استخدمت مقياس الاكتئاب للأطفال، وقائمة بك للاكتئاب للمراهقين،و مقياس سمة القلق،و مقياس حالة القلق،و مقياس الشخصية للأطفال، وقائمة الأعراض السيكوسوماتية، واستبيان التكيف الاجتماعي للأطفال.
- دراسة واكر وجرين(Wallker & Green 1989) استخدمت قائمة الاضطرابات الجسدية للأطفال، و مقياس الاكتئاب للأطفال، وقائمة الأطفال السلوكية، ومقياس سمة القلق– حالة القلق.
- دراسة ماروكا وآخرون (Muraoka, et al., 1990) استخدمت التقييم النفسي والتشخيص السيكاتري ، ومقياس الاكتئاب، و اختبار منيسوتا متعدد الأوجه.
- دراسة جيربر وآخرون(Garber, et al., 1990) استخدمت قائمة الطفل السلوكية، و مقياس جلوبيل لتقييم عدم التكيف عند الأطفال.
- دراسة ووكر وآخرون(Walker, et al., 1991) استخدمت مقياس الأعراض الجسدية.
- دراسة مايسة النيال (١٩٩١م) استخدمت مقياس القلق، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية.

- دراسة سينج وآخرون(Singh, et al., 1991) استخدمت مقياس الأعراض السيكوسوماتية.
- دراسة برادي وكندل(Brady & Kendall, 1992) تم جمع المعلومات عن القلق والاكتئاب من التراث النفسي للأطفال، والتاريخ العائلي، والفحوصات العيادية.
- دراسة ريما غيشان (١٩٩٤م) استخدمت قائمة الاكتئاب للأطفال المعد للبيئة الأردنية، وقائمة سمة القلق-حالة القلق، كما قامت بعمل استبيان لحوادث الحياة الضاغطة.
- دراسة فارني وآخرون(Varni, et al., 1996) استخدمت مقاييس مقننة لقياس شدة الألم لدى الأطفال والوالدين، والأعراض الاكتئابية، مقياس سمة القلق-حالة القلق، مقياس التقدير العام للذات، ومقياس المشاكل السلوكية الداخلية والخارجية.
- دراسة بيرنستين وآخرون(Bernstein, et al., 1997) اعتمدت الدراسة على المقابلات النفسية، ومقياس القلق للأطفال، وقائمة بك لاكتئاب الأطفال، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية.
- دراسة مايكلسون وآخرون(Mikkelsson, et al., 1997) استخدمت مقياس الاكتئاب للأطفال، واستبيان للنوم، والفحص العيادي، وقائمة التقييم الوالدي لسلوك الطفل، ونموذج تقرير المعلم.
- دراسة كوهن وآخرون(Cohen, et al., 1998) اعتمدت الدراسة على المتابعة ومقابلة الوالدين لتقييم الصحة الجسمية والنفسية للأطفال.
- دراسة تاناكا وآخرون(Tanaka, et al., 2000) استخدم فيها التحليل الكمي المتعدد بشكل منفصل وذلك لحساب معامل الارتباط بين درجات الشكاوي الجسمية والمتغيرات النفسية الاجتماعية.
- دراسة ماسي وآخرون(Masi, et al., 2000) استخدمت دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، إضافة إلى المقابلات التشخيصية لكل طفل.
- أما الدراسة الحالية فقد استخدمت مقياس القلق للأطفال، ومقياس الاكتئاب للأطفال، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال.

ولقد تناولت الدراسات السابقة موضوعات مختلفة، بعضها اهتم بالعوامل المساعدة على ظهور الأعراض السيكوسوماتية والبعض الآخر تطرق إلى دور الوالدين في ظهور القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية، إلا أن معظم الدراسات تناولت متغيرات شبيهة لمتغيرات الدراسة الحالية. وقد لوحظ بأن معظم الدراسات المتاحة تمت في مجتمعات مختلفة في ثقافتها عن مجتمع الدراسة الحالية، وعلى الرغم من اشتراك جميع الأطفال في المجتمعات في الخصائص الطفولية، إلا أنه قد يكون لكل مجتمع خصائص تميزه عن غيره، لهذا وجدت الباحثة فرصة إجراء الدراسة على عينة من الأطفال بمكة المكرمة لمعرفة مدى تشابه أطفالنا في تعرضهم للقلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية مع أطفال المجتمعات الأخرى. وقد صاغت الباحثة الفروض التالية:

فروض الدراسة:

نظرا لأهمية موضوع القلق والاكتئاب وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية، وما أظهرته الدراسات السابقة المتاحة، صاغت الباحثة فروض الدراسة كالتالي:

١. توجد علاقة ارتباطيه دالة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية .
٢. توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.
٣. توجد علاقة ارتباطيه دالة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.
٤. توجد علاقة ارتباطيه دالة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية تبعا (لآلام البطن، التقيؤ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية).
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.
٧. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة

منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي، للتحقق من فروضها، والذي يعتمد على دراسة الواقع، ويهتم بوصفها ويعبر عنها تعبير كيفيا وكميا (عبيدات وآخرون، ١٩٩٨ م). وقد قامت الباحثة باستخدام هذا المنهج الوصفي لتوافقه مع طبيعة الدراسة الحالية.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة الحالية من بعض أطفال مكة المكرمة الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة، ذكورا وإناثا.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من الأطفال المراجعين لعيادة الأطفال بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمدينة مكة المكرمة وعددهم ٣٠ طفلا، تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة من الذكور والإناث. وقد تم توصيف العينة طبقا لمتغيرات الدراسة حسب الجدول التالي:

جدول رقم (١)

خصائص توصيف عينة الدراسة

المتغيرات	الفئة	عدد الأطفال	النسبة المئوية ٪
العمر	٦-٩ سنة	١٣	٤٣,٣
	١٠-١٢ سنة	١٧	٥٦,٧
المجموع		٣٠	١٠٠
الجنس	ذكر	٠٧	٢٣,٣
	أنثى	٢٣	٧٦,٧
المجموع		٣٠	١٠٠
الحالة الاقتصادية	٢٠٠٠ فأقل	١٠	٣٣
	٢٠٠٠-٤٩٩٩	٤	١٣
	٥٠٠٠-٧٩٩٩	١	٣
	٨٠٠٠ فأكثر	١٥	٥٠
المجموع		٣٠	١٠٠

أدوات الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام مقياس عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩١م) لقياس القلق لدى الأطفال، ومقياس عبد الخالق(١٩٩١م) لقياس الاكتئاب عند الأطفال، ومقياس مايسـة النيـال(١٩٩١م) لقياس الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال، وفيما يلي تعريف بهذه المقاييس:

أولا: مقياس عبد الخالق ومايسة النيال(١٩٩١م) لقلق الأطفال (Children's Anxiety Scale (C.A.S)

إعداد العبارات:

بعد مسح لمعظم الدراسات النفسية والطب النفسي، قام عبد الخالق ومايسة النيال بجمع العبارات التي تشير إلى مظاهر القلق وتعبر عن، حيث بلغت أربعون عبارة(٤٠) في بداية الأمر.

الصدق الظاهري:

تم حساب صدق المقياس باستخدام الصدق الظاهري، حيث عرض على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس، وقد تم اتفاق المحكمين على حذف ست عبارات ليصبح عددها أربع وثلاثون عبارة (٣٤)عبارة في هذه المرحلة.

ارتباط العبارة بالمجموع الكلي(الاتساق الداخلي):

تم استخدام المقياس بصورته الأولية والمكون من ٣٤ عبارة مع وضع خمس اختيارات، وتم اختصار هذه الاختيارات إلى ثلاثة فقط، يجيب المفحوص على الاختيارات المناسبة له طبقا لكل عبارة. وقد تم تطبيق المقياس على ٦١ طالبا، و٧٤ طالبة تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٥) سنة، من تلاميذ المدارس الحكومية بمدينة الإسكندرية بمصر وقد أسفر التطبيق عن استبعاد ٩ عبارات لعدم ارتباطها بالمجموع الكلي للمقياس ارتباطا ذا دلالة إحصائية، ليصبح عدد العبارات في هذه المرحلة ٢٥ عبارة.

التحليل العاملي:

قام عبد الخالق، ومايسة النيال بحساب الارتباط الداخلي للمقياس والمكون في هذه المرحلة من ٢٥ عبارة، وذلك بعد تطبيقه على ١٣٥ من الطلاب والطالبات بهدف الوصول إلى العناصر الرئيسة التي تتجمع حولها عبارات المقياس. وقد توصل معدا المقياس إلى استخلاص سبعة عوامل رئيسة لمحتوى ما تقيسه هذه الأداة، ثم تم استبعاد عامل واحد من تلك العوامل لتتبقى ستة عوامل فقط، وقد أسفر التحليل الأخير عن حذف عبارتين ليصبح المقياس مكونا من ٢٣ عبارة في صورته الأخيرة موزعة على **العوامل الستة** التالية:-

أعراض القلق العام، والمشاعر الذاتية للقلق، والأعراض النفسية والعضوية للقلق، والجوانب المعرفية للقلق، والقلق الاجتماعي والأعراض الجسمية، وأخيرا الأرق والتوتر.

الصدق التلازمي:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ٧٠ طالبا و ٦٥ طالبة، وبعد ذلك تم تطبيق مقياس سمة القلق لـــ سبيلبيرجر وزملائه (١٩٧٣م) ومن تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيري(١٩٨٢م)، وقد طبقا تطبيقا متعقبا، فكانت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي ونتائج تطبيق مقياس سبيلبيرجر وزملائه دالة وتشير إلى الصدق التلازمي للمقياس.

ثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ٣٠ طالبا و ٣٠ طالبة، استخدم فيها التجزئة النصفية وقد كان معامل الارتباط لدى الذكور ٠,٨٤ والإناث ، ٠,٨٦، في حين وصل ٠,٨٧ لدى أفراد العينة من الذكور والإناث وهي معاملات ثبات مرتفعة تطمئن على استخدام هذه الأداة لقياس ما وضعت لقياسه.

طريقة الإجابة:

تتم الإجابة عن عبارات المقياس عن طريق اختيار المفحوص لإحدى الاختيارات المتاحة(نادرا، أحيانا، كثيرا) والتي تم إعطاء درجة لكل منها تتراوح بين (١-٣).

تصحيح المقياس:

يتكون المقياس من ثلاث اختيارات في الإجابة، وهي (نادرا، أحيانا، كثيرا) وجميع العبارات يتم إعطاء اختياراتها التقديرات ١ ، ٢ ، ٣ على التوالي. وقد تم جمع عبارات المقياس فكان أدنى مجموع لعبارات المقياس ٢٣ وأعلاها ٦٩، وعموما كلما زادت الدرجة الكلية كان مستوى القلق مرتفع. وبني التصحيح على أخذ نقطة القطع كتحديد لوجود القلق أو عدم وجوده حيث بلغت في هذا المقياس ٣٤,٥ وهي النقطة التي إذا حصل عليها المفحوص يمكن أن يقال أن لديه قلق وهي أدنى مستوى للقلق، وقد تم تحليل البيانات في الدراسة الحالية بتحويل الأرقام من مستوى قياسي فئوي إلى مستوى قياسي إسمي، بمعنى ٣٤,٥ فأكثر= ١، أقل من ٣٤,٥ = ٠، علما بأن الدراسة الحالية تبحث في وجود القلق أوعدمه، وليس في مستواه، وقد تم استخدام الإحصاء اللابرامتري في تحليل بيانات الدراسة الحالية.

الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية على عينة من مجتمع الدراسة قوامها ١٥ من الذكور والإناث بهدف التعرف على مدى صلاحية استخدام المقاييس المستخدمة في الدراسة (القلق، الاكتئاب، الأعراض السيكوسوماتية) وتطبيقها في صورتها النهائية على العينة الأساسية. وقد تم حساب الآتي:

معامل ثبات المقياس:

قامـــت الباحثة بحساب معامل الثبات لمقياس القلق باستخدام معادلة آلفا لكرونباخ (Alpha) حيث كان معامل الثبات ٠,٧٤ ، وهو معامل ثبات عال يمكن الاطمئنان له في استخدام المقياس على عينة الدراسة.

كما تم حساب معامل الارتباط عن طريق التجزئة النصفية لمجموعة عبارات المقياس وصحح بمعادلة سبيرمان وبروان حيث بلغ معامل الثبات٠,٩٠ وهو معامل دال إحصائيا مما يطمئن إلى استخدام المقياس في هذه الدراسة.

صدق المقياس:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية قسم علم النفس واستشاري طب الأطفال بجامعة أم القرى[٢] بهدف التأكد من ملاءمته لأهداف الدراسة وشموليته ومدى صحة ودقة العبارات لغويا وانتمائها للبعد ذاته، وقد أجمع المحكمون على صحة عبارات المقياس بدرجة عالية ومطمئنة حيث وصلت نسبة الاتفاق أعلى من ٩٠٪.

حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق عن طريق إيجاد معامل الارتباط لكل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس القلق على النحو التالي:

جدول رقم (٢)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس القلق

رقم العبارة	معامل الارتباط
١	*٠,٢٢
٢	*٠,٣٢
٣	٠,١١
٤	*٠,٣٤
٥	*٠,٤٦
٦	*٠,٢٨
٧	*٠,٣٢
٨	*٠,٢٦
٩	*٠,٣٧
١٠	*٠,٤٧
١١	٠,١٧
١٢	*٠,٢٠
١٣	*٠,٤٦
١٤	*٠,٢١

(٢) أنظر ملحق رقم ٥

تابع جدول رقم (٢)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس القلق

١٥	٠,٤٣*
١٦	٠,١٦
١٧	٠,٢٧*
١٨	٠,١٥
١٩	٠,٤٨*
٢٠	٠,٠٧
٢١	٠,٣٧*
٢٢	٠,٣٧
٢٣	٠,٥٨**

* دالة عن ٠,٠٥   * * دالة عند ٠,٠١

وقد وجدت الباحثة أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية أن هناك بعض المفردات لم تكن واضحة للأطفال، لهذا فقد تم تعديلها من قبل بعض أساتذة اللغة العربية بإدارة التعليم بمنطقة مكة المكرمة.

جدول رقم (٣)

عبارات مقياس القلق (C.A.S.) التي تم تعديلها

تسلسل العبارة في المقياس	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
١	أجد صعوبة في التركيز فيما أذاكر	أجد صعوبة في التركيز أثناء دراستي
٢	أشعر أن أعصابي مشدودة	أشعر أنني متوتر (معصب)
٥	من الصعب علي أن أنام سريعا	لا أستطيع النوم بسرعة
٦	أصبح عصبيا عندما أتحدث أمام الآخرين	أصبح متوترا عندما أتحدث أمام الآخرين
٨	أنا غير مطمئن	أنا غير مرتاح
١٢	أتعب من أقل مجهود	أتعب من أي عمل بسيط
١٣	أشعر بالقلق في مواقف عديدة	أشعر بعدم الراحة في مواقف عديدة
١٩	أشعر بعدم الاستقرار	أشعر بعدم الراحة
٢٠	تضرب دقات قلبي	يدق قلبي بسرعة

ثانيا: مقياس عبد الخالق (١٩٩١م) لقياس الاكتئاب عند الأطفال (ACDI)

قامت الباحثة باستخدام مقياس عبد الخالق(١٩٩١م) لقياس الاكتئاب عند الأطفال في الدراسة الحالية، وقد تم إعداد المقياس عبر المراحل التالية:

إعداد العبارات:

بعد مسح لمعظم الدراسات النفسية والطب النفسي، قام عبد الخالق بجمع العبارات التي تشير إلى مظاهر الاكتئاب وتعبر عنه، حيث بلغت إحدى وخمسون عبارة(٥١) في بداية الأمر، بعضها إيجابية والأخرى سلبية.

الصدق الظاهري:

تم حساب صدق المقياس باستخدام الصدق الظاهري، حيث عرض على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس، وقد تم اتفاق المحكمين على حذف خمس عبارات ليصبح عددها ستا وأربعين عبارة (٤٦)عبارة في هذه المرحلة.

ارتباط العبارة بالمجموع الكلي(الاتساق الداخلي):

تم استخدام المقياس بصورته الأولية والمكون من ٤٦ عبارة مع وضع خمس اختيارات، وتم اختصار هذه الاختيارات إلى ثلاثة فقط، يجيب المفحوص على الاختيارات المناسبة له طبقا لكل عبارة٠ وقد تم تطبيق المقياس على ٨٣ طالبا، و٨١ طالبة تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٥) سنة، من تلاميذ المدارس الحكومية بمدينة الإسكندرية بمصر٠ وقد أسفر التطبيق عن استبعاد ١٦ عبارة لعدم ارتباطها بالمجموع الكلي للمقياس ارتباطا ذا دلالة إحصائية، ليصبح عدد العبارات في هذه المرحلة ٣٠ عبارة٠

التحليل العاملي:

قام عبد الخالق بحساب الارتباط الداخلي للمقياس والمكون في هذه المرحلة من ٣٠ عبارة، وذلك بعد تطبيقه على ١٦٤ من الطلاب والطالبات بهدف الوصول إلى العناصر الرئيسة التي تتجمع حولها عبارات المقياس٠ وقد توصل معد المقياس إلى وجود ثمانية عوامل رئيسة لمحتوى ما تقيسه هذه الأداة، ثم تم استبعاد عامل واحد من تلك العوامل لتتبقى سبعة عوامل فقط، وقد أسفر التحليل الأخير

عن حذف ثلاث عبارات ليصبح المقياس مكونا من ٢٧ عبارة في صورته الأخيرة موزعة على العوامل السبعة التالية:-

الشعور بالضيق، ومشكلات النوم، والشعور بالوحدة، والشعور بالحزن، والإحساس بالتشاؤم، وضعف الانتباه، والوهن والخمول.

الصدق التلازمي:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ١١٢ طالبا و ١١٢ طالبة تتراوح أعمارهم بين (١١-١٥) سنة، وبعد ذلك تم تطبيق مقياس كوفاكس(١٩٩٢م) واختبار اليأس للأطفال لكل من روجرز وكولبس (١٩٨٩م) المترجم (دويدلر ١٩٩٠م) وقد كانت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي ونتائج تطبيق المقاييس الأخرى التي تم ذكرها دالة وتشير إلى الصدق التلازمي للمقياس.

ثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ٣٠ طالبا و ٣٠ طالبة، استخدم فيها التجزئة النصفية وقد كان معامل الارتباط لدى الجنسين = ٠,٩٣ ، كما تم استخدام طريقة إعادة الاختبار على عينة أخرى (٣٣ طالبا، ٣٦ طالبة) وكان معامل الثبات ٠,٨٧ لدى أفراد العينة من الذكور والإناث وهي معاملات ثبات مرتفعة تطمئن على استخدام هذه الأداة لقياس ما وضعت لقياسه.

طريقة الإجابة:

تتم الإجابة عن عبارات المقياس عن طريق اختيار المفحوص لإحدى الاختيارات المتاحة(نادرا، أحيانا، كثيرا) والتي تم إعطاء درجة لكل منها تتراوح بين (١-٣).

تصحيح المقياس

يتكون المقياس من ثلاثة اختيارات في الإجابة، وهي نادرا، أحيانا، وكثيرا. وجميع العبارات يتم إعطاء اختياراتها التقديرات١ ،٢، ٣ على التوالي، أما العبارات (١، ٣، ٨، ١٢، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٧) فتعطى درجات معكوسة ٣، ٢، ١، وقد تم جمع عبارات المقياس فكان أدنى مجموع لعبارات المقياس ٢٧ وأعلاها ٨١، وعموما كلما زادت الدرجة الكلية كان مستوى الاكتئاب مرتفع. وبني التصحيح على أخذ نقطة القطع كتحديد لوجود الاكتئاب أو عدم وجوده حيث بلغت في هذا المقياس

٤٠,٥ وهي النقطة التي إذا حصل عليها المفحوص يمكن أن يقال أن لديه اكتئاب وهي أدنى مستوى للاكتئاب، وقد تم تحليل البيانات في الدراسة الحالية بتحويل الأرقام من مستوى قياسي فئوي إلى مستوى قياسي إسمي، بمعنى ٤٠,٥ فأكثر= ١، أقل من ٤٠,٥ = ٠، علما بأن الدراسة الحالية تبحث في إمكانية وجود أوعدم وجود الاكتئاب وليس في مستواه، وقد تم استخدام الإحصاء اللابرامتري في تحليل بيانات الدراسة الحالية.

الدراسة الاستطلاعية:

من الدراسة الاستطلاعية تم حساب الآتي:

قامــت الباحثة بحساب معامل الثبات لمقياس الاكتئاب باستخدام معادلة آلفا لكرونباخ (Alpha) حيث كان معامل الثبات ٠,٨٣ ، وهو معامل ثبات عال يمكن الاطمئنان له في استخدام المقياس على عينة الدراسة.

كما تم حساب معامل الارتباط عن طريق التجزئة النصفية لمجموعة عبارات المقياس وتصحيحه بمعادلة سبيرمان وبروان حيث بلغ معامل الثبات ٠,٨٢ وهو معامل دال إحصائيا مما يطمئن إلى استخدام المقياس في هذه الدراسة.

صدق المقياس:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية قسم علم النفس واستشاري طب الأطفال بجامعة أم القرى(٣) بهدف التأكد من ملاءمته لأهداف الدراسة وشموليته ومدى صحة ودقة العبارات لغويا وانتمائها للبعد ذاته، وقد أجمع المحكمون على صحة عبارات المقياس بدرجة عالية ومطمئنة حيث وصلت نسبة الاتفاق أعلى من ٩٠٪.

حساب الصدق عن الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق عن طريق إيجاد معامل الارتباط لكل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس القلق على النحو التالي:

---

(٣) انظر ملحق رقم ٥

جدول رقم (٤)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس الاكتئاب

رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٥١
٢	*٠,٢٧
٣	*٠,٣٢
٤	*٠,٤٥
٥	*٠,٤٦
٦	*٠,٤٤
٧	**٠,٥٣
٨	*٠,٤٨
٩	*٠,٢٥
١٠	**٠,٥٣
١١	*٠,٢٩
١٢	*٠,٣٦
١٣	*٠,٣٣
١٤	*٠,٣٣
١٥	**٠,٦٤
١٦	**٠,٥٥
١٧	**٠,٦٣
١٨	*٠,٣١
١٩	**٠,٥٦
٢٠	*٠,٢٠
٢١	*٠,٤٠
٢٢	**٠,٥٩

تابع جدول رقم (٤)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس الاكتئاب

٢٣	**٠,٥٩
٢٤	*٠,٤٢
٢٥	*٠,٤٧
٢٦	**٠,٦١
٢٧	*٠,٣٩

* دالة عند ٠,٠٥ ** دالة عند ٠,٠١

وقد وجدت الباحثة أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية أن هناك بعض المفردات لم تكن واضحة للأطفال، لهذا فقد تم تعديلها من قبل بعض أساتذة اللغة العربية بإدارة التعليم بمنطقة مكة المكرمة، وهي كالتالي:

جدول رقم (٥)

عبارات مقياس الاكتئاب (ACDI) التي تم تعديلها

تسلسل العبارة في المقياس	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
٥	أشعر أنني لا قيمة لي	أنا غير مهم
١٠	تركيزي ضعيف	انتباهي ضعيف
١١	أقلق أثناء نومي	لا أنام بسرعة
١٣	أشعر بالضيق	أشعر بالطفش
١٤	أنا "سرحان"	أنا "سرحان" أفكر في أشياء بعيدا عن الدرس
١٦	أشعر أنني تعيس	أشعر أنني غير سعيد
٢١	أنا راضي عن حياتي	أنا مبسوط من حياتي
٢٤	ستحدث لي أشياء سيئة	ستحدث لي مشاكل

ثالثا: مقياس مايسة النيال (١٩٩١م) لقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال

قامت الباحثة باستخدام مقياس مايسة النيال(١٩٩١م) لقياس الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال في الدراسة الحالية، وقد تم إعداد المقياس عبر المراحل التالية:

إعداد العبارات:

قامت معدة المقياس بمسح لأغلب الدراسات النفسية والطب النفسي، إضافة إلى الإطلاع على بنود المقياس التي صممت لقياس الأعراض السيكوسوماتية كقياس الصحة النفسية لعماد الدين سلطان و سيد مرسي، وقائمة مراجعة الأعراض من وضع عبد الرقيب البحيري (١٩٨٢م)، وتم جمع العبارات التي تشير إلى مظاهر الأعراض السيكوسوماتية، حيث بلغت ٣٣ عبارة في بداية الأمر.

الصدق الظاهري:

تم حساب صدق المقياس باستخدام الصدق الظاهري، حيث عرض على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس، ولم يتم في هذه المرحلة حذف أي من العبارات إلا أن بعض المحكمين طلبوا تعديل صياغة بعضها لتكون أكثر وضوحا بالنسبة للأطفال

ارتباط العبارة بالمجموع الكلي(الاتساق الداخلي):

تم استخدام المقياس بصورته الأولية والمكون من ٣٣ عبارة مع وضع خمس اختيارات، وتم اختصار هذه الاختيارات إلى ثلاثة فقط، يجيب المفحوص على الاختيارات المناسبة له طبقا لكل عبارة. وقد تم تطبيق المقياس على ٣٠ طالبا، و٣٠ طالبة تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٥) سنة، من تلاميذ المدارس الحكومية بمدينة الإسكندرية بمصر. وقد أسفر التطبيق عن استبعاد ٥ عبارات لعدم ارتباطها بالمجموع الكلي للمقياس ارتباطا ذا دلالة إحصائية، ليصبح عدد العبارات في هذه المرحلة ٢٨ عبارة.

التحليل العاملي:

قامت معدة المقياس بحساب الارتباط الداخلي للمقياس والمكون في هذه المرحلة من ٢٨ عبارة، وذلك بعد تطبيقه على ٦٠ من الطلاب والطالبات بهدف الوصول

إلى العناصر الرئيسة التي تتجمع حولها عبارات المقياس. وقد توصلت معدة المقياس إلى وجود ثمانية عوامل رئيسة لمحتوى ما تقيسه هذه الأداة، ثم تم استبعاد عامل واحد من تلك العوامل لتتبقى سبعة عوامل فقط، وقد أسفر التحليل الأخير عن حذف عبارة واحدة ليصبح المقياس مكونا من ٢٧ عبارة في صورته الأخيرة موزعة على **العوامل السبعة** التالية:-

عامل عام للأعراض السيكوسوماتية، والأعراض المعدية والجسمية، والأعراض الهضمية والعضلية والقلبية، والاضطرابات المتعلقة بالجهاز العصبي، والأعراض الجلدية والعضلية، وأخيرا ضعف الشهية والاضطرابات المتصلة بالفم والحلق.

الصدق التلازمي:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ١٠٠ طالبا و طالبة تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٥) سنة، وبعد ذلك تم تطبيق مقياس مراجعة الأعراض من إعداد عبد الرقيب البحيري (١٩٨٢م) وقد كانت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي ونتائج تطبيق المقياس المذكور آنفا ٠,٢١٣ عند مستوى (٠,٠٥) مما يشير إلى الصدق التلازمي للمقياس.

ثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من ٣٠ طالبا و ٣٠ طالبة، استخدم فيها التجزئة النصفية وقد كان معامل الارتباط لدى الذكور ٠,٨٢ والإناث ٠,٨٨ في حين وصل معامل الثبات للجنسين = ٠,٩١ ، وهي معاملات ثبات مرتفعة تطمئن على استخدام هذه الأداة لقياس ما وضعت لقياسه.

طريقة الإجابة:

تتم الإجابة عن عبارات المقياس عن طريق اختيار المفحوص لإحدى الاختيارات المتاحة(نادرا، أحيانا، كثيرا) والتي تم إعطاء درجة لكل منها تتراوح بين (١-٣) على التوالي.

تصحيح المقياس

يتكون المقياس من ثلاثة اختيارات في الإجابة، وهي نادرا، أحيانا، وكثيرا. وجميع العبارات يتم إعطاء اختياراتها التقديرات١ ،٢، ٣ على التوالي، وقد تم جمع

عبارات المقياس فكان أدنى مجموع لعبارات المقياس ٢٧ وأعلاها ٨١، وكلما زادت الدرجة الكلية كان مستوى الأعراض السيكوسوماتية مرتفع. وبني التصحيح على أخذ نقطة القطع كتحديد لوجود الأعراض السيكوسوماتية أو عدم وجودها حيث بلغت في هذا المقياس ٤٠,٥ وهي النقطة التي إذا حصل عليها المفحوص يمكن أن يقال أن لديه أعراض سيكوسوماتية وهي أدنى مستوى للأعراض السيكوسومايتة، وقد تم تحليل البيانات في الدراسة الحالية بتحويل الأرقام من مستوى قياسي فئوي إلى مستوى قياسي إسمي، بمعنى ٤٠,٥ فأكثر= ١، أقل من ٤٠,٥ = ٠، علما بأن الدراسة الحالية تبحث في وجود أو عدم وجود الأعراض السيكوسوماتية وليس في مستواها. وقد تم استخدام الإحصاء اللابرامتري في تحليل بيانات الدراسة الحالية.

الدراسة الاستطلاعية:

من الدراسة الاستطلاعية تم حساب الآتي:

قامـــت الباحثة بحساب معامل الثبات لمقياس الأعراض السيكوسوماتية باستخدام معادلة آلفا لكرونباخ (Alpha) حيث كان معامل الثبات ٠,٨٤ ، وهو معامل ثبات عال يمكن الاطمئنان له في استخدام المقياس على عينة الدراسة.

كما تم حساب معامل الارتباط عن طريق التجزئة النصفية لمجموعة عبارات المقياس وصحح بمعادلة سبيرمان وبروان حيث بلغ معامل الثبات ٠,٨٧ وهو معامل دال إحصائيا مما يطمئن إلى استخدام المقياس في هذه الدراسة.

صدق المقياس:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية قسم علم النفس واستشاري طب الأطفال بجامعة أم القرى(٤) بهدف التأكد من ملاءمته لأهداف الدراسة وشموليته ومدى صحة ودقة العبارات لغويا وانتمائها للبعد ذاته، وقد أجمع المحكمون على صحة عبارات المقياس بدرجة عالية ومطمئنة حيث وصلت نسبة الاتفاق أعلى من ٩٠٪.

---

(٤) انظر ملحق رقم ٥

تم حساب الصدق عن طريق إيجاد معامل الارتباط لكل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس القلق على النحو التالي:

جدول رقم (٦)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس الأعراض السيكوسوماتية

رقم العبارة	معامل الارتباط
١	*٠,٣٦
٢	**٠,٦٠
٣	*٠,٤٩
٤	**٠,٦٠
٥	*٠,٥٠
٦	**٠,٦٩
٧	*٠,٣٢
٨	**٠٦٢.
٩	*٠,٢٤
١٠	**٠,٥٠
١١	**٠,٥٥
١٢	*٠,٣٥
١٣	**٠,٥٩
١٤	*٠,٣٥
١٥	*٠,٤٩
١٦	**٠,٦٠
١٧	*٠,٤٤
١٨	*٠,٢٦
١٩	*٠,٢٨
٢٠	**٠,٥٢
٢١	*٠,٤٣
٢٢	**٠,٥٤
٢٣	*٠,٤٠

تابع جدول رقم (٦)

معاملات الارتباط ومجموع مقياس الأعراض السيكوسوماتية

٢٤	**٠,٥٢
٢٥	*٠,٤١
٢٦	**٠,٤٦
٢٧	*٠,٢٢

* دالة عن ٠,٠٥   * دالة عند ٠,٠١

وقد وجدت الباحثة أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية أن هناك بعض المفردات لم تكن واضحة للأطفال، لهذا فقد تم تعديلها من قبل بعض أساتذة اللغة العربية بإدارة التعليم بمنطقة مكة المكرمة، وهي كالتالي:

جدول رقم (٧)

عبارات مقياس الأعراض السيكوسوماتية (CPDS) التي تم تعديلها

تسلسل العبارة في المقياس	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
٣	أجد صعوبة في التنفس	أتنفس بصعوبة
٩	أشعر بزغللة في العينين	أشعر بعدم وضوح في الرؤية
١٠	نفسي مسدودة عن الأكل	لا أشعر برغبة في الأكل
١٨	أعاني من الرعشة في أجزاء جسمي	أعاني من الارتجاف في أجزاء جسمي
١٩	أشعر أنني أريد أن أهرش في أجزاء جسمي	أشعر أنني أريد أن أحك في أجزاء جسمي
٢٥	دقات قلبي مضطربة	دقات قلبي سريعة

وقد وجدت الباحثة من التحليل الإحصائي باستخدام معامل ألفا لكرونباخ بأن ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة بلغت ٠,٩٠ حسب الجدول التالي:

جدول رقم (٨)

معامل الثبات للثلاث مقاييس(القلق،الاكتئاب،الأعراض السيكوسوماتية)

المقياس	معامل ألفا (Alpha)
مقياس القلق	٠,٧٤
مقياس الاكتئاب	٠,٨٣
مقياس الأعراض السيكوسوماتية	٠,٨٤
مجموع المقاييس الثلاثة	٠,٩٠

صعوبات الدراسة:

إن عملية إجراء بحث داخل العيادات الطبية لم يكن بالأمر السهل رغم كل التسهيلات التي وفرتها وزارة الصحة وإدارة الرعاية بالعاصمة المقدسة خاصة من توفير عيادة ثلاث مرات في الأسبوع وتسخير عيادة الأطفال لفحص الأطفال إكلينيكيا وعمل جميع التحاليل الطبية اللازمة إلا أن هناك صعوبات واجهت الباحثة تلخصها فيما يلي:

- عملية إجراء الفحوصات والتحاليل اللازمة لجميع الحالات التي تشكو من الأعراض محل البحث(الآم البطن، الصداع، التقيؤ، الآلام العضلية الهيكلية) واستبعاد العضوية منها وجمع الغير العضوية ، استغرق الوقت الطويل نسبيا لأن العدد يصل إلى ٥٠ حالة تقريبا منها، تم استبعاد الكثير منها لعدم استيفاء الشروط.
- تأخر حضور بعض الحالات لأكثر من ثلاثة أسابيع بعد الجلسة الأولى مما حدا بالباحثة بإغلاق ملفاتهم.
- محدودية تشغيل وقت العيادة والاقتصار في استقبال الحالات على الفترة المسائية نظرا لارتباط الأطفال بالمدرسة صباحا.

- عدم التزام الأهل بإحضار أطفالهم في المواعيد المحددة وذلك لأن الطفل يحتاج على الأقل إلى أربع جلسات،الأولى مع والدته والثانية جلسة ألفة والثالثة والرابعة لتعبئة فقرات المقاييس وقد كانت أعذارهم بأن المواصلات صعبة أو أن الطفل لديه واجبات مدرسية.
- اضطرار الباحثة إلى العمل على بعض الحالات أيام الخميس الفترة الصباحية لعدم وجود دوام مدرسي إلا أن وقت العيادة محدد بدوام صباحي مدته أربع ساعات فقط.
- رفض بعض الأهالي من الاختلاء بالطفل والإصرار على الجلوس معه عند تعبئة فقرات المقياس وهذا غير محبذ نظرا لعدم شعور الطفل بحرية ومحاولته إرضاء والدته بكتابة ما تراه هي مناسبا وبالتالي فان ذلك يؤثر على أدائه.

وعلى الرغم من كل ذلك إلا أن العدد المتبقي من كل الحالات والذي تمثل في العينة التي شملتها الدراسة كانت متعاونة جدا وترغب في استمرار الجلسات مع الأطفال وحبذت وجود عيادة مستمرة داخل المركز تقدم المساعدات الإرشادية للأم والطفل.

الأسلوب الإحصائي:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الآتية للتحقق من فروض الدراسة:

١- معامل ارتباط بيرسون

٢- المتوسط الحسابي والنسبة المئوية.

٣- اختبار (ت)t.test

٤- اختبار تحليل التباين أحادى الاتجاهOne Way ANOVA .

٥- اختبار كآي تربيع X^2.

٦- أفضلية التناسب.

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

تتناول الباحثة في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الحالية، وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

الفرض الأول: ينص على ما يلي:

١-توجد علاقة ارتباطية دالة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

للتحقق من هذا الفرض، استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية، كما استخدمت اختبار كاي تربيع X^2 Chi-Square Test للتعرف على الدلالة المعنوية الإحصائية، والجدول رقم (٩) يوضح النتائج:

جدول رقم (٩)

العلاقة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية

	التصنيف	القلق: نعم	القلق: لا	المجموع	درجة الحرية	X^2	مستوى الدلالة
أعراض سيكوسوماتية	نعم	٢٦(١٠٠٪) (١٠٠٪)	٠٠	٢٦(١٠٠٪) (٨٧٪)	١	٢٣,٥٦٠	٠,٠٠٠
	لا	٠٠	٤(١٠٠٪) (١٠٠٪)	٤ (١٠٠٪) (١٣٪)			
المجموع		٢٦(٨٧٪)	٤(١٣٪)	٣٠(١٠٠٪)			

معامل بيرسون ®Pearson Correlation Coefficient= ١,٠٠٠

درجة الخطأ Stander Error= ٠,٠٠٠ مستوى الدلالة p-value= ٠,٠٠٠

يظهر من بيانات الجدول السابق أن العلاقة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية تامة عند مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٠٠) وذلك باستخدام كاي تربيع و ١,٠٠ بمعامل ارتباط بيرسون وذلك لأن ٢٦ حالة تمثل القلق تأخذ القيمة ١ و ٢٦ حالة تمثل الأعراض السيكوسوماتية تأخذ القيمة ١ ، بمعنى أن كل طفل يشكو من أعراض سيكوسوماتية لديه قلق والعكس بالعكس، حيث بلغ عدد الحالات

التي تشكو من القلق والأعراض السيكوسوماتية ٢٦ حالة وتمثل ٨٧٪ من عينة الدراسة في حين سجلت ٤ حالات فقط عدم وجود قلق أو أعراض سيكوسوماتية وتمثل ١٣٪ من عينة الدراسة، وقد كانت النتائج دالة إحصائيا عند (٠,٠٠٠)، وهذه النتيجة تأتي متسقة مع الملاحظة العيادية التي تشير إلى أن القلق سمة منتشرة بين الأطفال الذين يعانون من أعراض سيكوسوماتية بشكل عام و تؤيدها دراسة مايسة النيال(١٩٩١م) التي أشارت إلى وجود ارتباط جوهري بين الأعراض السيكوسوماتية والقلق لدى الأطفال بدلالة إحصائية(٠,٠٠١)،كما أكدت دراسة فارني وآخرون (Varni,et al., 1996) بأن الأطفال الذين يعانون من الآم مزمنة أو حادة فانهم يعانون من أعراض قلق واكتئاب عالية إضافة إلى مشاكل سلوكية وانخفاض في تقدير الذات. وقد أشارت العديد من الأبحاث في التراث النفسي للأطفال بأن الشكاوي الجسدية (السيكوسوماتية) هي تعبير شائع عن وجود قلق واكتئاب متخفي وأن تحويل الطفل للمساعدة النفسية أمر ضروري لوقايته من استخدام علاجات طبية غير ضرورية فضلا عن تجنيبه من إعاقة نشاطاته الطبيعية (Bernstein, et al., 1997). وترى الباحثة بأن الطفل في هذه المرحلة العمرية المبكرة يتعرض لمواقف متعددة قد تشكل ضغوط بالنسبة إليه و لا يحسن التعامل معها لعدة عوامل منها عدم نضجه العقلي وعدم قدرته الفائقة على التعبير المؤثر مما يجعله يلجأ إلى التعبير الجسدي كصوت مرتفع لما يدور بداخله والذي يكون في معظم الأحيان مؤشرا منذرا بوجود قلق بسيط أو اكتئاب أو الاثنين معا، لذا وجدت الباحثة أهمية التقصي المبكر عن وجود هذه الاضطرابات النفسية حتى لا تتطور في مرحلة عمرية أكبر إلى أمراض تستوجب تناول العقاقير النفسية، وقد أشار باين (pine, 2000) بأن إصابة الطفل باضطراب القلق يؤدي إلى ظهوره في مرحلة الرشد بنسبة ٩٥٪، بينما عدم الإصابة به في الطفولة يؤدي إلى ظهوره بنسبة ٥٨٪. وهذه النسبة جديرة بأن يكثف الوالدين و القائمين على رعاية الأطفال جهودهم في تخفيف حدة القلق لديهم بشتى الوسائل، إضافة إلى المتابعة الدقيقة في عيادات الأطفال وخاصة مراكز الرعاية الأولية حيث تمثل خط الخدمة الصحية الأول.

الفرض الثاني: وينص على ما يلي:

٢- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون للتأكد من صحة الفروض والتعرف على العلاقة بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتيـــة، كما استخدمـــت اختبـــار كآي تربيـــع Chi-Square Test X^2 للتعرف على الدلالة المعنوية الإحصائية، والجدول رقم (١٠) يوضح النتائج:

جدول رقم (١٠)

العلاقة بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية

	التصنيف	الاكتئاب		المجموع	درجة الحرية	X^2	مستوى الدلالة
		نعم	لا				
أعراض سيكوسوماتية	نعم	٢٥ (٩٦٪) (٨٣٪)	١(٤٪) (٣٪)	٢٦(١٠٠٪) (٨٧٪)			
	لا	٢ (٥٠٪) (٧٪)	٢(٥٠٪) (٧٪)	٤ (١٠٠٪) (١٣٪)	١	٥,٤٨٣	٠,٠١
المجموع		٢٧(٩٠٪)	٣(١٠٪)	٣٠(١٠٠٪)			

معامل بيرسون® Pearson Correlation Coefficient=٠,٥٢٣ مستوى الدلالة p-value= ٠,٠٠٣

يتضح من الجدول السابق بأن ٢٧ حالة لديها اكتئاب وتمثل ٩٠٪ من عينة الدراسة في حين الثلاث الحالات الباقية والتي تمثل ١٠٪ من عينة الدراسة لا توجد لديها اكتئاب، كذلك يوضح الجدول بأن ٢٦ حالة ظهرت لديها أعراض سيكوسوماتية وتمثل ٨٧٪ من عينة الدراسة في حين الأربع حالات الباقية والتي تمثل ١٣٪ من عينة الدراسة لا توجد لديها تلك الأعراض، ويظهر كذلك الجدول بأن ٢٥ حالة لديها اكتئاب وأعراض سيكوسوماتية وتمثل ٨٣٪ من عينة الدراسة في حين أن هناك حالتين والتي تمثل ٧٪ من عينة الدراسة لا توجد لديها اكتئاب أو أعراض سيكوسوماتية وهذا يعني وجود علاقة وطيدة بين الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية وهذه العلاقة تمثلت في معامل ارتباط بيرسون (٠,٥٢)، ويوضح

الجدول أيضا أن العلاقة بين الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية ذات دلالة معنوية إحصائيا، لأن الدلالة الإحصائية(P-value) بلغت (٠,٠١) باستعمال اختبار كآي تربيع X^2 ، و(٠,٠٠٣) باستعمال معامل ارتباط بيرسون، وكل هذه النتائج تشير إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية ذات دلالة معنوية إحصائيا. وتؤيد هذه النتائج كلا من دراسة مايسة النيال(١٩٩١م) التي أشارت إلى وجود ارتباط جوهري بين الأعراض السيكوسوماتـية والاكتئاب لدى الأطفـال بلغت دلالته الإحصائـيـة

(٠,٠٠١)، وتؤكدها دراسة بيرنستين وآخرون(Bernstein, et al., 1997) بأن مستوى القلق والاكتئاب مرتفع لدى الأطفال الذين يعانون من أعراض جسمية شديدة (سيكوسوماتية)، كما تضيف دراسة كوهن وآخرون (Cohen, et al., 1998) بأن الأعراض السيكوسوماتية لها علاقة بزيادة مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية لكل الفئات العمرية، وأن الإصابة بها بشكل متكرر ينبأ بظهور الاكتئاب الأساسي لدى جميع الأعمار، وتفسر الباحثة هذا النتائج من خلال الخبرة العيادية، بأن الأطفال عادة ما يواجهون مشاكل أسرية أو اجتماعية ، أو صعوبات مدرسية يصعب عليهم التعامل معها بطرق صحيحة، وقد يكون ذلك بسبب خبرتهم المحدودة أو قمعهم في التعبير عن مشاعرهم أو إهمال تلك المشاعر من قبل القائمين على رعايتهم، مما يجعل الطفل يفضل العزلة والانسحاب والتي بدورها تؤدي إلى الاكتئاب في مراحله الأولى، كل هذه العوامل من وجهة نظر الباحثة تمثل محرض قوي للجوء الطفل إلى أساليب أخرى للتعبير عنها مثل الشكاوى الجسدية المتكررة والتي يجد فيها متنفسا قويا لما يشعر به، إلا أنها على المدى الطويل تؤثر سلبا في نمط حياته وحياة المحيطين به ما لم تعرف أسبابها مبكرا، وقد أكدت على ذلك دراسة تاناكا وآخرون (Tanaka, et al., 2000)) حيث أظهرت نتائجها أن العلاقة قوية بين درجة الشكاوي الجسدية والمشاكل النفسية الاجتماعية عند الأطفال، وعزت هذه النتائج إلى الصعوبات في الأداء المدرسي، وتكوين علاقات اجتماعية لدى مجموع الأطفال الكبار(١٠-١٢سنة) في حين شكل عدم اكتمال النضج في المهارات الاجتماعية، وضعف التفاعل الوالدي والإسهاب في

في العاب الكمبيوتر سبب رئيسي في ازدياد نسبة الشكاوي الجسدية لديهم.وبالمتابعة العيادية لاحظت الباحثة أن نسبة تردد الطفل على العيادة بشكاوى جسدية تزداد في فترة الامتحانات، وفي حال وجود مشاكل مدرسية مع الأقران أو المدرسين أو مشاكل عائلية خاصة فيما يختص بالوالدين أنفسهم.

الفرض الثالث: وينص على ما يلي:

٣- توجد علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

للتحقق من هذا الفرض، استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية،كما استخدمت اختبار كاي تربيع X^2 Chi-Square Test للتعرف على الدلالة المعنوية الإحصائية، والجدول رقم (١١) يوضح النتائج:

جدول رقم (١١)

العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية

	التصنيف	الاكتئاب		المجموع	درجة الحرية	X^2	مستوى الدلالة
		نعم	لا				
القلق	نعم	٢٥ (٩٦٪) (٨٣٪)	١(٤٪) (٣٪)	٢٦(١٠٠٪) (٨٧٪)			
	لا	٢(٥٠٪) (٧٪)	٢(٥٠٪) (٧٪)	٤(١٠٠٪) (١٣٪)	١	٥,٤٨٣	٠,٠١
المجموع		٢٧(٩٠٪)	٣(١٠٪)	٣٠(١٠٠٪)			

معامل بيرسون® Pearson Correlation Coefficient=٠,٥٢٣ مستوى الدلالة p-value= ٠,٠٠٣

لقد اتضح مسبقا في جدول رقم (٩) بأن هناك علاقة تامة بين القلق والأعراض السيكوسوماتية، وعليه فان جدول رقم (١٠) يوضح أيضا العلاقة بين الاكتئاب والقلق أو الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية، وهذا يقودنا للقول بأن هناك علاقة واضحة وذات دلالة معنوية إحصائيا بين الاكتئاب والقلق. وقد أوردت الباحثة

الجدول رقم (١١) والمطابق في بياناته للجدول (١٠) للتوضيح فقط، لذا فان العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والقلق أو الأعراض السيكوسوماتية دالة عند (٠,٠١) وبناءا على هذه الدلالة فانه يتضح بأن القلق والاكتئاب متصاحبان في ظل ظهور الأعراض السيكوسوماتية، وهذه ما أشارت إليه دراسة فارني وآخرون (Varni, et al., 1996) بأن القلق والاكتئاب يكونان متصاحبان بدرجة عالية مع وجود الآلام المزمنة الحادة، كما أكدت دراسة مايسة النيال (١٩٩١م) على أن العلاقة الارتباطية بين القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية جوهرية دالة عند المستوى الإحصائي(٠,٠٠١)،وأظهرت كل من دراسة ريما غيشان(١٩٩٤) و ووكر وجرين (Walker & Green, 1989) وجيريبر وآخرون (Graber, et al., 1990)وجود علاقة موجبة بين القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية والتي حددت بآلام البطن خاصة، وقد أضافت دراسة برادي وكندل (Brady & Kendall, 1992) بأن ١٥,٩٪ إلى ٦١,٩٪ من الأطفال يصنفوا قلقين أو مكتئبين أو لديهم قلق مصاحب باكتئاب، وأن الأطفال القلقين يظهروا أعراض اكتئابية أقل في المرحلة العمرية المبكرة، بينما تظهر مجموعة الأطفال الأكبر سنا و المصابين بقلق مصاحب باكتئاب أعراض اكتئابية أكثر وفي هذه المجموعة أعراض القلق تسبق الأعراض الاكتئابية. وتفسر الباحثة موافقة نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود القلق والاكتئاب متصاحبين مع الأعراض السيكوسوماتية بأن الأطفال في معظم المجتمعات وعلى الرغم من المتغيرات الثقافية والاجتماعية المتعددة إلا أن الطفل يبقى طفلا تؤثر عليه أنواع مختلفة من الضغوط تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية تتمثل في القلق والاكتئاب أو الاثنين معا، يعبر عنها جسديا بأشكال مرضية متعددة.

الفرض الرابع:

٤-توجد علاقـــة ارتباطيـــة دالة بيـــن القلـــق والاكتئـــاب وظهـــور الأعراض السيكوسوماتيـــــة تبـــعا (لآلام البطن المتكررة،التقيؤ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية).

للتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل أفضلية التناسب لمعرفة العلاقة بين القلق والاكتئاب وكلا من الأعراض السيكوسوماتية الأربعة الشائعة والمتمثلة في الآم البطن المتكررة، الصداع ،التقيؤ، والآلام العضلية الهيكلية، ونظرا لوجود حالة تقيؤ واحدة فقط، فقد تم استبعادها من تحاليل ارتباط هذه الأعراض مع القلق والاكتئاب، والجدول رقم (١٢) يوضح النتائج:

جدول رقم (١٢)

العلاقة بين القلق والأعراض السيكوسوماتية تبعا لـــ :

(الآم البطن ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية)

المتغيرات	التصنيف	القلق أو الأعراض السيكوسوماتية		المجموع	Odds Ratio أفضلية التناسب	مستوى الدلالة
		نعم	لا			
الآم البطن	نعم	١٦(٨٩٪) ٥٣٪	٢(١١٪) ٧٪	١٨(١٠٠٪) ٦٠٪	١,٦٠	٠,٦٦٤ غير دالة إحصائيا
	لا	١٠(٨٣٪) ٣٣٪	٢(١٧٪) ٧٪	١٢(١٠٠٪) ٤٠٪		
المجموع		٢٦(٨٧٪)	٤(١٣٪)	٣٠(١٠٠٪)		
الصداع	نعم	٨(٨٠٪) ٢٧٪	٢(٢٠٪) ٧٪	١٠(١٠٠٪) ٣٤٪	٠,٤٤	٠,٤٥٩ غير دالة إحصائيا
	لا	١٨(٩٠٪) ٦٠٪	٢(١٠٪) ٧٪	٢٠(١٠٠٪) ٦٧٪		
المجموع		٢٦(٨٧٪)	٤(١٣٪)	٣٠(١٠٠٪)		

تابع جدول رقم (١٢)

العلاقة بين القلق والأعراض السيكوسوماتية تبعا لـــ :

(الآم البطن ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية)

الآم العضلات	نعم	١٠(٩١٪) ٣٣٪	١(٠٩٪) ٣٪	١١(١٠٠٪) ٣٧٪	١,٨٨	٠,٥٩٤ غير دالة إحصائيا
	لا	١٦(٨٤٪) ٥٣٪	٣(١٦٪) ١٠٪	١٩(١٠٠٪) ٦٣٪		
المجموع		٢٦(٨٧٪)	٤(١٣٪)	٣٠(١٠٠٪)		

رقم (١٣)

العلاقة بين الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية تبعا لـــ :

(الآم البطن ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية)

المتغيرات	التصنيف	الاكتئاب		المجموع	Odds Ratio أفضــلية التناسب	مستوى الدلالة
		نعم	لا			
الآم البطن	نعم	١٧(٩٤٪) (٥٧٪)	١(٠٦٪) (٣٪)	١٨(١٠٠٪) (٦٠٪)	٣,٤٠	٠,٣٢٥ غير دالة إحصائيا
	لا	١٠(٨٣٪) (٣٣٪)	٢(١٧٪) (٧٪)	١٢(١٠٠٪) (٤٠٪)		
المجموع		٢٧(٩٠٪)	٣(١٠٪)	٣٠(١٠٠٪)		
الصداع	نعم	١٠(١٠٠٪) (٣٣٪)	٠٠	١٠(١٠٠٪) (٣٣٪)	لا يمكن حساب الـــ Odds Ratio	
	لا	١٧(٨٥٪) (٥٧٪)	٣(١٥٪) (١٠٪)	٢٠(١٠٠٪) (٦٧٪)		
المجموع		٢٧(٩٠٪)	٣(١٠٪)	٣٠ (١٠٠٪)		

تابع جدول رقم (١٣)

العلاقة بين الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية تبعا لـــ :

(الآم البطن ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية)

المتغيرات	التصنيف	الاكتئاب		المجموع	Odds Ratio أفضلية التناسب	مستوى الدلالة		
الآم العضلات	نعم	٩ (٨٢٪) (٣٠٪)	٢(١٨٪) (٧٪)	١١(١٠٠٪) (٣٧٪)	٠,٢٥	٠,٠٢٠	٣,١٣٩	٠,٢٦٦ غير دالة إحصائيا
	لا	١٨(٩٥٪) (٦٠٪)	١(٠٥٪) (٣٪)	١٩(١٠٠٪) ٦٣٪				
المجموع		٢٧(٩٠٪)	٣(١٠٪)	٣٠(١٠٠٪)				

لقد اتضح من الجداول (١٢،١٣) بأن العلاقة بين القلق والاكتئاب والأعـــراض السيكوسوماتية لم ترقى إلى مستوى الدلالة الاحصائية في الدراسة الحالية والتي تعزوها الباحثة إلى تطبيق أكثر من عرض من الأعراض السيكوسوماتية علـــى العينة مما أدى إلى تقسيمها والتوصـــل إلـــى تلـــك النتـــائج، إلا أن الأعـــراض السيكوسوماتية بشكل عام ترتبط ارتباطا إيجابيا بظهور القلـــق والاكتئـــاب لـــدى الأطفال، وأن الباحثة بحكم عملها في أحد مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصـــحة وجدت أنه من الضروري التعرف على أكثر الأعراض السيكوسوماتية شيوعا بين الأطفال المترددين على عيادات الأطفال حتى يتسنى متابعتهم بطريقـــة مدروســـة تحدد المسببات ووضع برنامج وقائي للتقليل من ظهور هذه الأعراض. وبناء على نتائج الجدولين السابقين(١٢، ١٣) يتضح بأن الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة وبأعراض قلق يشكلون نسبة ٥٣٪، الصـــداع ٢٧٪، والآلام العضـــلية الهيكلية ٣٣٪ من عينة الدراسة، في حين سجلت نسبة الإصابة بهذه الأعراض مع الاكتئاب(الآم البطن ٥٧٪ والصداع ٣٣٪، والآم العضلات ٣٠٪) وعلى الـــرغم من عدم ارتقاء النتائج إلى مستوى الدلالة الإحصائية لكل من الأعراض الســـابقة مع القلق والاكتئاب إلا أن ظهور علاقة هذه الأعراض بالنسب الموضـــحة آنفـــا

يتوافق مع مجموعة من الدراسات التي تشير إلى أن الآم البطن أكثر الأعــراض السيكوسوماتية ظهورا لدى الأطفال الصغار وهذا ما أشار إليه تــورك (Turck, 1998) حيث وجد بأن نسبة إصابة الأطفال في سن ٥-١٥ ســنة بــآلام الــبطن المتكررة تبلغ ١٠-١٥٪ ، وأنها اعتبرت أكثر الأعراض شيوعا فــي مرحــلة الطفولة، وأكــد آلفــن(Alfven, 1995) على أن الآم الــبطن هــي أحــد أشــكال أمراض الجهاز الهضمي الأكثر شيوعا بين الأطفال، وقــد أشارت دراسة هودجز وآخرون (Hodges, et al., 1985) على أن الأعراض الاكتئابية عند الأطفال الذين يعانون من الآم البطن المتكررة والأطفال الأصحاء لم تكــن ذا دلالــة إحصــائية ولكنها كانت أقــل بدلالــة مقارنــة بالأطفــال المضــطربين ســلوكيا، وأكــد الــزراد(٢٠٠٠ م) بأن علماء النفس لاحظوا أن حالات الاكتئاب يمكــن أن تبــدأ بأعراض الآم البطن، وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية في أن نســبة تواجــد الاكتئاب مع الآم البطن أعلى من تواجده مع القلق، وتتوافق دراسة هودجز مــع الدراسة الحالية في عدم وجود دلالة إحصائية بين الاكتئاب والآم البطن، وفي حين تصدرت الآم البطن قائمة الأعراض السيكوسوماتية الشائعة، فان الصداع احتــل المرتبة الثانية على مقياس الاكتئاب والثالثة على مقياس القلق بفارق بسيط جــدا، وهذا ما تؤكده دراسة أندراسيك وآخرون(Andrasik, et al., 1988) بأن الأطفــال الذين يعانون من صداع سجلوا درجات أعلى على مقياس الاكتئاب،وقــد تواجــد الصداع بنسبة (٣٣٪) مع الاكتئــاب و (٢٧٪) مع القلق في الدراســة الحاليــة، وعلى الرغم من عدم وجود دلالة إحصائية إلا أن النتائج العامة تتوافق مع دراسة أندراسيك في أن المصابون بصداع سجلوا درجات أعلى على مقياس الاكتئــاب، في حين أشار بويل (Boyel, 1997) أن الآم البطن عادة مــا تكــون مصــاحبة بصداع، وهذا يؤكد ما لاحظته الباحثة أثناء التطبيق على العينة بأن الأطفال الذين يعانون من الآم البطن عادة ما يشكون مــن الصــداع أيضــا. و احتلــت الآلام العضلية الهيكلية المرتبة الثانية على مقياس القلق بنســبة ٣٣٪ والثالثــة علــى مقيــاس الاكتئــاب بنسبة ٣٠٪ بفارق بســيط جدا، إلا أنها اختلفت في نســبتها مــع مــا توصــلت إليه دراســة مايكلســـون وآخــرون (Mikkelsson, et al.,

1997) في أن الإصابة بالآلام العضلية الهيكلية يظهر أعلى على مقياس الاكتئاب، ونظرا لضآلة الفارق فان الإصابة بهذا العرض قد تكون متساوية في كل من القلق والاكتئاب. وخلاصة القول أن نسبة شيوع هذه الأعراض بهذا الترتيب في الدراسة الحالية يتوافق مع ما ذكره ريكرت وجاي(Rickert & Jey, 1994: 448) بأن أكثر الأعراض السيكوسوماتية شيوعا بين الأطفال هي الآم البطن، الصداع، والآم العضلات، وأن نسبة الأطفال المراجعين للعيادات بأعراض سيكوسوماتية بلغت ٦٨٪ . كما أكدت دراسة برنستين وآخرون(Bernstein, et al., 1997) على أن أكثر الأعراض شيوعا بين الأطفال تتدرج تحت المسببات اللاإرادية والجهاز الهضمي، وأن مستوى القلق والاكتئاب مرتفع لدى الأطفال الذين يعانون من أعراض جسمية شديدة. وهذا ما استخلصته الباحثة في الدراسة الحالية من خلال عرض النتائج بأن العلاقة الارتباطية قوية ودالة بين القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية، مما يجعل الاهتمام بهذه الفئة العمرية أمر حتمي من قبل القائمين على رعاية الأطفال وخاصة في المراكز الصحية الأولية وعيادات الأطفال، من أجل البحث عن المحرك الخفي (القلق والاكتئاب) في ظهور الأعراض السيكوسوماتية ومحاولة لوقاية الأطفال من التطورات السلبية في المستقبل.

الفرض الخامس:

- **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.**

للتأكد من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) t. test للتعرف على الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب والمرحلة العمرية، والجداول رقم (١٤، ١٥، ١٦) يوضح النتائج:

جدول رقم (١٤)

الفروق في الأعراض السيكوسوماتية تبعا للمرحلة العمرية

العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
٦-٩	١٣	٥٣,٠٠	٩,٠١	١,٤٦٣	٢٨	غير دالة إحصائيا
١٠-١٢	١٧	٤٨,٣٥	٨,٣٢			

جدول رقم (١٥)

الفروق في القلق تبعا للمرحلة العمرية

العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
٦-٩	١٣	٤٨,٧٧	٦,٣١	٢,٧٣٩	٢٨	دالة إحصائيا
١٠-١٢	١٧	٤٢,٥٩	٥,٩٨			

جدول رقم (١٦)

الفروق في الاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية

العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
٦-٩	١٣	٥٠,٨٥	٨,١٦	٠,٣٦٧	٢٨	غير دالة إحصائيا
١٠-١٢	١٧	٤٩,٦٥	٩,٣٥			

من الجداول السابقة يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعـراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية لعينة الدراسـة، إلا انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلـق للفئة العمرية (٦-٩) سنوات فقط، ويوضح جدول(١٤) انه لا علاقة بالعمر فـي الإصابة بالأعراض، فجميع المراحل العـمرية لعينـة الدراسـة (٦-١٢سـنة) معرضة للإصابة بالأعراض السيكوسوماتية، وبذلك يتحقق الفرض الخامـس.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة جريبر وآخرون (Garber, et al., 1998) بأنه لا توجد اختلافات ذات دلالة تذكر في سن أو جنس الأطفال الذين يعانون من أعراض سيكوسوماتية ونفسية في هذه المرحلة العمرية،إلا أن الدراسة الحالية أظهرت بأن الأطفال في عمر ٦-٩ سنوات أبدوا قلقا مرتفعا نسبيا عن الفئة الأكبر سنا، كما تؤكد دراسة تانكا وآخرون(Tanaka, et al., 2000) بأن الأعراض السيكوسوماتية تزداد مع العمر وأن الفئة العمرية الصغيرة(٧-٩سنوات) تقل فيها ظهور الأعراض السيكوسوماتية عنها في الفئة الأكبر(١٠-١٢سنة)، وقد عزا ذلك إلى ضعف التفاعل الوالدي وعدم نضج المهارات الاجتماعية لدى الفئة العمرية الصغيرة وعدم قدرتها على التعبير الصريح. وتعزو الباحثة في الدراسة الحالية عدم وجود الفروق في هذه المرحلة العمرية إلا أن الأطفال في هذه السن المبكرة يخضعون لمؤثرات نفسية واجتماعية تكاد تكون متساوية.

الفرض السادس:

- **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.**

استخدمت الباحثة اختبار (ت) t. test للتأكد من صحة هذا الفرض والتعرف على الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب ومتغير الجنس، والجداول التالية رقم(١٧ ، ١٨، ١٩) تبين النتائج.

جدول (١٧)

الفروق في الأعراض السيكوسوماتية تبعا لنوع الجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
مؤنث	٢٣	٥٠,٢٩	٧,٧٠			غير دالة
مذكر	٧	٥٠,٦٧	١٣,٢٣	٠,٠٩٢-	٢٨	إحصائيا

جدول (١٨)

الفروق في القلق تبعا لنوع الجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
مؤنث	٢٣	٤٦,١٣	٦,٣٨	١,٤١١	٢٨	غير دالة إحصائيا
مذكر	٧	٤١,٨٣	٧,٨٣			

جدول (١٩)

الفروق في الاكتئاب تبعا لنوع الجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	اتجاه الفروق
مؤنث	٢٣	٥٠,٠٨	٩,٠٨	٠,١٠٣-	٢٨	غير دالة إحصائيا
مذكر	٧	٥٠,٥٠	٧,٨٧			

يتضح من الجداول السابقة بأنه لا توجد فروق في الأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب بين الجنسين (الإناث والذكور)، أي أن الجنس لا علاقة له بالإصابة بالأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة ماسي وآخرون (Masi, et al., 2000) في أنه لا توجد اختلافات في تكرارات الشكاوي الجسدية بين الجنسين، إضافة إلى عدم وجود اختلافات في الشكاوي الجسدية بين الأطفال المصابين بالقلق، والاكتئاب أو القلق المصاحب باكتئاب. وهذا أيضا يعزز ما أشارت إليه ووكر وآخرون (Walker, et al., 1991) بأنه وعلى الرغم من عدم وجود اختلافات تذكر بين الجنسين في الشكاوى

الجسدية في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن الأعراض تكون أكثر ظهورا لدى الإناث مع بداية المراهقة. وتتفق دراسة مايسة النيال(١٩٩١ م) مع دراسة ووكر في حصول الإناث في مرحلة المراهقة على درجات أعلى على مقياس الأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب وتختلف مع الدراسة الحالية بهذا الشأن، ويعزى هذا الاختلاف إلى تباين المرحلة العمرية وهي المرحلة الابتدائية ، وتفسر الباحثة بأن سبب غياب الفروق بين الجنسين يعود إلى تساوي الظروف الاجتماعية ومتطلبات النمو في هذه المرحلة العمرية المبكرة إضافة إلى عدم وصول معظم أفراد العينة الحالية من الجنسين إلى مرحلة المراهقة التي تحصل فيه الكثير من التغيرات الجسمية والاجتماعية التي تتسبب في وجود الكثير من المتغيرات الجسمية والاجتماعية والنفسية، إلا أن الباحثة بالملاحظة العيادية وجدت بأن نسبة الشكاوى الجسدية لدى الإناث بلغت ٨٠٪ فيما بلغت نسبة الذكور ٢٠٪ من عينة الدراسة، وقد تفسر هذه النسبة بزيادة حساسية الإناث للمتغيرات حولهن أكثر من الذكور.

الفرض السابع:

- **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.**

استخدمت الباحثة تحليل التباين أحادي الاتجاه للتأكد من صحة هذا الفرض للتعرف على الفروق في الأعراض السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب والحالة الاجتماعية الاقتصادية ، والجدول رقم (٢٠) يبين النتائج:

جدول رقم (٢٠)

الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية لأفراد عينة الدراسة

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
الأعراض السيكوسوماتية	بين المجموعات	٠٢٢١,٢٨	٧٣,٧٦	٠٣	٠,٩٥	لا توجد فروق

تابع جدول رقم (٢٠)

الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية لأفراد عينة الدراسة

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
الأعراض السيكوسوماتية	داخل المجموعات	٢٠١٩,٦٨	٧٧,٦٨	٢٦	٠,٩٥	لا توجد فروق
المجموع	٢٢٤٠,٩٦			٢٩		
القلق	بين المجموعات	٠١٣٦,٩٧	٤٥,٦٦	٠٣	٠,٩٩	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	١١٩٤,٩٠	٤٥,٩٦	٢٦		
المجموع	١٣٣١,٨٧			٢٩		
الاكتئاب	بين المجموعات	٠٠٨٩,٧٢	٢٩,٩١	٠٣	٠,٣٧	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	٢١١٨,٤٥	٨١,٤٨			
المجموع	٢٢٠٨,١٧			٢٩		

يتضح من بيانات الجدول السابق رقم (٢٠) أنه لا توجد فروق بين الأعراض السيكوسوماتية ومستوى القلق والاكتئاب في الحالة الاجتماعيـــة والاقتصـــادية لأفراد عينة الدراسة. ويؤكد ذلك دراسة سينج وآخرون(Singh, et al., 1991) بأنه لا توجد علاقة ملحوظة بين إصابة الأطفال بـــالأعراض السيكوســـوماتية والحالة الاجتماعية الاقتصادية وعدد الأطفال في العائلة. في حـــين أشـــارت دراسة كوهن وآخـــــــرون (Cohen, et al., 1998) بأن العلاقــــة بـــين الأمـــراض السيكوسوماتية والأمراض النفسية قوية لدى الراشدين ولكنها أقل وضوحا لدى الأطفال والمراهقين، وأنه لا علاقـــة بـــين ظهـــور الأمـــراض السيكوسوماتية والنفسية بالحالة الاجتماعية الاقتصادية. وتعزو الباحثة غيـــاب هذه العلاقة لما لمسته خلال المقابلات العيادية لأمهات الأطفال في محـــاولتهن توفير أكبر قدر ممكن من الرعاية النفسية والمالية وذلك بتلبية رغبات الأطفال في حدود المعقول والمقبول وتعويضهم عن ما يفتقرون إليه من أجواء عائليـــة مستقرة، ولكن هذا لا يلغي ملاحظة الباحثة بظهور الأعراض السيكوســـوماتية والقلق والاكتئاب بشكل أكبر لدى الفئة العمرية (١٢سنة) خصوصا في ظـــل الأوضاع الاقتصادية المتدنية والتفكك العائلي لبعض الحالات ويعزى ذلك إلى بداية مرحلة النضج لدى هؤلاء الأطفال وزيادة متطلباتهم وإلمامهم لما يـــدور حولهم مما يسبب لهم الكثير من الضيق والتذمر والشعور بـــالقلق ومحاولـــة الانزواء كتعبير عن الظروف التي يمرون بها. وتختلـــف الدراســـة الحاليـــة إحصائيا مع ما أشـــار إليه زوينجبـــوم وآخـــــرون(Zwaigenbaum, et al., 1998) في ما قدمـــه كل من ســــتن هاوســـن(1989) و ووكـــر(1988) إلا أنها تتفق معها بالملاحظة العيادية مع الأطفال الأكبـــر ســـنا (١٢ســـنة) بـــأن انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي والتفكـــك العـــائلي لـــــه علاقـــــة بارتفـــاع مستـــوى الشكـــاوي الجســـدية عند الأطفال وتعزو الباحثـــة هـــذا الاختلاف إلى المفارقات الثقافية والاجتماعية بين الشعوب، حيث تظهر بعض الشعوب أهمية إشراك الأطفال في معرفة دخل الأســـرة ووضـــع الميزانيـــة

الشهرية، ومشاركتهم في حل المشاكل العائلية، حتى يتسنى لهم الإحاطة بالأمور المالية والشعور بما يدور حولهم من أمور عائلية، وهذه وان كانت جيدة إلى حد ما إلا أنها ترهق تفكير الطفل وتجعله أكثر قلقا في هذه المرحلة العمرية المبكرة، في حين يغيب في مجتمعنا بشكل عام هذا المفهوم باعتبار الطفل صغيرا وعليه أن يعيش بعيدا عن المنغصات وأنه لا يستطيع أن يؤثر في مسار العائلة المالي والاجتماعي.

وتستخلص الباحثة بناءا على نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة بأن الأعراض السيكوسوماتية هي مؤشر إيجابي منذر بوجود قلق أو اكتئاب أو الاثنين متصاحبان، وان كانا في المراحل المبكرة فانه يستوجب العناية النفسية المتمثلة في الإرشاد والتوجيه داخل العيادات بمراكز الرعاية الصحية دون الحاجة مبدئيا إلى تحويل الطفل إلى عيادات نفسية متخصصة.

خلاصة النتائج:

هدفت الدراسة الحالية إلى تتبع القلق والاكتئاب عند الأطفال من ٦-١٢ سنة عن طريق مؤشر الأعراض السيكوسوماتية، بالإجابة عن التساؤلات التالية:

١-العلاقة بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٢- العلاقة بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٣- العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٤- العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية تبعا لـ (آلام البطن، التقيؤ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية).

٥- الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.

٦- الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.

٧- الفروق في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.

وللإجابة على تلك التساؤلات تم تطبيق مقياس القلق للأطفال لعبد الخالق و مايسة النيال(١٩٩١م) ومقياس الاكتئاب للأطفال لعبد الخالق (١٩٩١م) ومقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال لمايسة النيال(١٩٩١م) على عينة مكونة من (٣٠) طفل ذكورا وإناثا تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢سنة) يراجعون عيادات الأطفال بمركز الرعاية الصحية الأولية بالرصيفة بمدينة مكة المكرمة، وباستخدام النسب المئوية واختبار (ت)T-test، واختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه، وكاي تربيع Chi-Square Test X^2 و معامل ارتباط بيرسون، وأفضلية التناسب توصلت الدراسة إلى ما يلي:

١- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٢- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٣- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

٤- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية تبعا (لآلام البطن ، الصداع، الآلام العضلية الهيكلية).

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق .

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور الاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور والقلق والاكتئاب تبعا لنوع الجنس.

٨- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السيكوسوماتية وظهور القلق والاكتئاب تبعا للحالة الاجتماعية الاقتصادية.

محددات الدراسة و التوصيات المقترحة:

لقد خلصت هذه الدراسة إلى أن الأعراض السيكوسوماتية بشكل عام هي مؤشر منذر بوجود قلق أو اكتئاب أو الاثنين معا، إلا أنه يجب علينا أن لا نغفل محددات الدراسة والمتمثلة في طبيعة العينة وعدد أفرادها وكذلك تصميم البحث، حيث افتقدت هذه الدراسة إلى تحديد نوع واحد من الأعراض السيكوسوماتية وتتبعه كعرض مستقل بذاته للحصول على نتائج أكثر دقة، إضافة إلى عدم استخدام عينة أخرى من الأصحاء للمقارنة مما قد يضفي على النتائج سمة أوضح. وبناءا على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية فإن الباحثة توصي بالآتي:

توصيات خاصة بالدراسات والبحوث:

١- إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالقلق والاكتئاب لدى الأطفال في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

٢-إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بكل من الأعراض السيكوسوماتية الشائعة عند الأطفال كل على حدة.

٣-عمل دراسات مقارنة في نفس حقل الدراسة الحالية.

٤- إجراء دراسات تجريبية لتحديد فعالية الأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية والتي وردت بشكل متكرر في التراث النفسي لطب الأطفال والتي بدورها تساعد الأطفال على التكيف مع الأعراض.

٥-إجراء دراسات مسحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتتبع انتشار الأعراض السيكوسوماتية بين المراجعين من الأطفال ومحاولة التعرف على الأسباب النفسية لها.

توصيات خاصة بالبرامج والخدمات الإرشادية:

١-توفير خدمات إرشادية نفسية مصاحبة للخدمات الصحية داخل المراكز الصحية لإعفاء الطفل مستقبلا من التحويل للعيادات النفسية.

٢-تزويد الأخصائيين والأخصائيات في علم الاجتماع والنفس إضافة إلى المعلمين والمعلمات بالمدارس بكتيبات عن مظاهر القلق والاكتئاب لدى الأطفال لتمكينهم من التعـامل معـها بطرق سليمة.

٣- ضرورة التواصل المادي والمعنوي مـع أطفالنا وإعطائـهم الحريـة في التعبير عن مشاعرهم وتقبلهم وإشراكـهم في شؤون العائلة وقراراتـها.

٤-تكثيف حمـلات التوعيـة الصحيـة والتثقيف الصـحي في المجتـمع من خلال النـدوات داخـل المراكز الصحـية وفي الجامعـات والكلـيات والجمعيات الخيرية .

٦-رصد جميع حالات الأطفال بالشكاوى الجسـدية المتكررة في مراكز الرعاية الصحية الأولية كمحاولة للتعرف على المشاكل النفسية التي يعانون منـها.

المراجع

المراجـــع العربيـــة

١- القرآن الكريم.

٢- بار، عبد المنان ملا معمور.(١٩٩٢م). دراسة بعض ملامح السمات الوجدانية النفسية في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، دراسة نفسية تحليلية مقارنة. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، جامعة أم القرى: مكة المكرمة.

٣- باظة، آمال عبد السميع.(١٩٩٩ م).الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٤- توفيق، عبدالمنعم .(١٩٩٧ م).المكونات العاملية للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الاعدادية بدولة البحرين.بحث مقدم في المؤتمر الرابع للإرشاد النفسي. القاهرة: جامعة عين شمس.

٥- جريدة الوطن. (٢٠٠١م (أ)).القلق يصيب نسبة كبيرة من الأطفال. المجتمع صحة وجمال، ص: ٣٣، ٢٤ فبراير، المملكة العربية السعودية: أبها.

٦- جريدة الوطن.((٢٠٠١ م (ب)).أربعون مليون مصاب بالأمراض النفسية في الشرق_الأوسط. المجتمع صحة وجمال، ص:٣١، ٣ إبريل، المملكة العربية السعودية: أبها.

٧- حبيب، مجدي عبد الكريم.(د.ت).القلق العام والخاص دراسة عاملية لاختبارات القلق. كلية التربية: جامعة طنطا.

٨- حمزة، مختار. (١٩٧٩ م) .سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى- الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية. جدة: دار المجتمع العلمي.

٩- حواشين، مفيد، حواشين،زيدان.(١٩٩٦ م).النمو الانفعالي عند الأطفال.الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.

١٠- دافيدوف، ليندا ل، ترجمة سيد الطواب وآخرون، مراجعة فؤاد أبو حطب.

(١٩٨٣ م).مدخل علم النفس.الرياض: دار المريخ للنشر.
١١- الدليم، فهد عبدالله.(١٩٩٢م).مقارنة إحصائية للاضطرابات النفسية المنتشرة بين النساء والرجال في المملكة العربية السعودية.بحث مقدم للإدارة العامة للبحوث الطبية بوزارة الصحة، سلسلة بحوث ودراسات مستشفى الصحة النفسية.الجزء الثاني ١٩٩٣م: الطائف.
١٢- الرفاعي، نعيم.(١٩٨٧ م).الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق: جامعة دمشق.
١٣- ريزو، جوزيف ف، زابل، روبرت هـ، ترجمة عبدالعزيز الشخص، أحمد السرطاوي.(١٩٩٩ م).تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا (النظرية والتطبيق). العين: دار الكتاب الجامعي.
١٤- الريس، سيد عبد الرحمن.(١٩٩٣ م).طب نفسي الأطفال. سلسلة بحوث ودراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف، وحدة البحوث والدراسات، الجزء الثاني: الطائف.
١٥- الزراد، فيصل.(٢٠٠٠ م).الأمراض النفسية-جسدية أمراض العصر. بيروت: دار النفائس.
١٦- زهران،حامد عبدالسلام.(١٩٩٥ م).الصحة النفسية والعلاج النفسي.القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٧- السباعي،زهير أحمد، عبدالرحيم،شيخ ادريس.(١٩٩١ م).القلق وكيف تتخلص منه.دمشق: دار القلم.
١٨- سوين، ريتشاد م، ترجمة أحمد سلامة.(١٩٨٨ م).علم الأمراض النفسية والعقلية.الكويت: مكتبة الفلاح.
١٩- الشربيني، زكريا.(١٩٩٤ م).المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
٢٠- عبد الباقي، سلوى (١٩٩٢ م).الاكتئاب بين تلاميذ المدراس. دراسات نفسية، ك٢، ج٣، ص: ٤٣٧-٤٧٩.

٢١- عبد الخالق، أحمد.(١٩٩١ م).بناء مقياس الاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية، ك١ ج٢، ص: ٢١٩-٢٥١.

٢٢- عبدالخالق، أحمد، مايسة ، النيال.(١٩٩١ م).بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدي الانبساط والعصابية. مجلة علم النفس، ١٩/١٨، ص:٢٨-٤٥.

٢٣- عبد الخالق ، أحمد.(١٩٩٣ م).القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ست مجتمعات.

٢٤- عبد الخالق، أحمد.(١٩٩٩ م).القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات. مجلة العلوم الاجتماعية، م(٢٧)، ع(٣)، ص: ١٠٣-١٢٣.

٢٥- عبد الخالق، أحمد، رضوان، سامر.(١٩٩٩ م).تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية.المجلة التربوية، م(١٤)، ع(٥٣)، ص: ٢٩-٥٧.

٢٦- عبد القادر، نادية الحسيني.(١٩٩٥ م).الاكتئاب ووجهة الضبط وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الاعدادية. مجلة الإرشاد النفسي، العدد الرابع، ص:١٧٩-٢٣٠، القاهرة: جامعة عين شمس.

٢٧- عبيدات، ذوقان، وآخرون.(١٩٩٨ م).البحث العلمي ومفهومه وأدواته وأساليبه. الأردن: دار الفكر.

٢٨- عثمان، فاروق.(٢٠٠١ م).القلق وإدارة الضغوط النفسية.القاهرة: دار الفكر العربي.

٢٩- عسكر، عبدالله.(١٩٨٨ م).الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص.القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٠- عكاشة، أحمد.(١٩٩٨ م).الطب النفسي المعاصر.القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣١- العنزي، فريح.(١٩٩٧ م).الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. المجلة التربوية، م(١٢)، ع(٤٥)، ص: ١٥٧-١٨٠.

٣٢- العيسوي، عبدالرحمن.(١٩٩٤ م).الأعصبة النفسية والذهانات العقلية.الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٣٣- العيسوي، عبد الرحمن.(١٩٩٧ م).سيكولوجية الجسم والنفس. بيروت: دار الراتب الجامعية.

٣٤- الغباشي، سهير فهيم.(٢٠٠٠ م).القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب.دراسات نفسية، المجلد العاشر،العدد الثاني، ص: ١٤٥، القاهرة.

٣٥- غيشان، ريما خلف.(١٩٩٤م). العلاقة بين الآم البطن المتكررة عند الأطفال وكل من القلق والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة. رسالة ماجستير في الارشاد والتوجيه، الجامعة الأردنية: الأردن.

٣٦- فرويد، سيجمند، ترجمة محمد عثمان النجاتي.(١٩٨٩ م).الكف والعرض والقلق. القاهرة : دار الشروق.

٣٧- فهمي، مصطفى.(١٩٩٨ م).الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف.القاهرة: مكتبة الخانجي.

٣٨- فهيم، كلير.(١٩٩٣ م).الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٣٩- فهيم، كلير.(١٩٩٦ م). كيف تقاوم الاكتئاب والقلق النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٤٠- الفيروز آبادي.(١٩٩٦ م).القاموس المحيط. بيروت: مؤسسة الرسالة.

٤١- ليندزاي س، بول ج، ترجمة صفوت فرج.(٢٠٠٠ م).مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. القاهرة: الانجلو المصرية.

٤٢- ماركس، ايزاك م، ترجمة محمد عثمان النجاتي.(١٩٩٠ م).التعايش مع الخوف:فهم القلق ومكافحته.بيروت: دار الشروق.

٤٣- نجاتي، محمد عثمان.(١٩٩٣ م).الدراســـات النفســـانية عنـــد العلمـــاء المسلمين. القاهرة: دار الشروق.

٤٤- النيال، مايسة.(١٩٩١ م).الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها بالقلق والاكتئاب دراسة عاملية مقارنـــة.الجمعيـــة المصـــرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس فـــي مصـــر، ص: ١٤١-١٧٨،القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

٤٥- ياسين، عطوف.(١٩٨٨ م). الأمراض السيكوسوماتية. بيروت: منشورات بحسون الثقافية.

46- American Board of Pediatrics(ABP). (1995). Migraine. Pediatrics in Review, Aug;Vo.16 No.8.

47- ADAA. (2001). About Anxiety Disorders. Anxiety Disorder Association of America. Retrieved from World Wide Web. http://www.adaa.org.

48- Agoub, M., & Assmaa, E.(2000). Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders In Primary Care Setting. Program and Abstract From World Psychiatric Association International Jubilee Congress, June; 26-29, Paris: France.

49- Alfven, G. (1995). Psychosomatic Pain in Children-a Psychomusclar Stress reacton?. Nord Med, Vo.110 No.11: 275-279.

50- American Academy of Child and Adolescent psychiatry(AACAP). (1998). The Depressed Child. Retrieved from the World Wide Web. http://www.aacap.org.htm.

51- Andrasik, F., Kabela, E., Quinn, S., Attanasio, V., Blanchard, E.B., Rosenblum, E.L. (1988). Psychological Functioning of Children Who have recurrent Migraine. Pain, Jul; Vo.34 No.1: 43-52.

52- Beidel, D.C., & , S.M. (1997). At risk for anxiety: Psychopathology in the offspring of anxious parents. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry, Jul; Vo.36 No.7: 918-24.

53- Bernstein, G.A., Massic, E.D., Thuras, P.D., Perwien, A.R., Borchardt, C.m., Crosby, D.R. (1997). Somatic Symptoms in anxious-depressed School refusers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, May; Vo.36 No.5:661-668.

54- Bernstein G.A., Warren S.L., Massie E.D., Thuras, P.D. (1999).Family dimensions in anxious-depressed school refusers. J anxiety Disord, Sep-Oct; Vo.13 No.5: 513-28.

55- Boyle Timothy. (1997). Recurrent Abdominal Pain: An update. Pediatrics in Review, sept; Vo.18 No.9.

56- Brady, E.U., & Kendall, P.C.(1992).Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. Psychol Bull, Mar; Vo.111 No.2: 244-55.

57- Brown Anne. (1996) . Mood Disorders in Children and adolescents.
NARSAD Research Newsletter. Retrieved from World Wide Web. http://www.mhsource.com.nasard.htm.

58- Cassidy Linden, J., & Jellinek Michale, S.(1998). Approach To Recognition and Management of Childhood Psychiatric Disorders in Pediatric Primary Care. Pediatric Clinic of North America, Oct; Vo.45, No.5.

59- Castellanos, D., & Hunter T. (1999). Anxiety Disorder in Children and Adolescents. South Med J, Oct; Vo. 92 No.10: p 277-83.

60- Cohen, P., Pine, D.S., Must, A., Kasen, S., Brook, J. (1998). Prospective association between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood. Am J Epidmiol, Feb1; Vo. 3 No. 147: p 232-239.

61- D'Alli, Rick.(2000).Childhood Anxiety Disorder. Med Scape Mental Health, Vo.5, No.5. Retrieved from World Wide Web. http://www.medscape.com.psychiatry.gournal.

62- de Inocencio, J.(1998).Musculoskeltal Pain in Primary Pediatric Care: Analysis of 1000 consecution general Pediatric Clinic Visits. Pediatrics, Dec;Vo.102 No.6 :E63.

63- de Inocencio, & Fernandez, M.A.(1998).Musculoskeletal Pain in Pediatric Patients Prevalence and etiology in Primary Care. An Esp Pediatr, Apr; Vo. 48 No.4: 381-384.

64- Deborah, C.,Albano, A., Quille, M., Hibbs, E., March, J.(1998). Treating Anxiety Disorders In Youth: Current Problems and Future solution. A conference of Anxiety Disorders Association

of America and National Institute Of Mental Health, Oct; 23-25. Old Town,Alexandria: Virginia.

65- Denise Sicullo. (2000) .Can You Give Advice on Identifying and Treating Depression in Adolescents?. Retrieved from World Wide Web. http:// www.medscape.com.ask expert.html.

66- Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., Angold, A. (1999). Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach aches,Musculoskeletal pains, and Headaches. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry, Jul; Vo.38 No.7:852-860. North Carolina: Durham.

67- Fassler David G. (1997).Childhood Depression: Early Recognition Leads To Successful Treatment. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Retrieved from World Wide Web. http://www.aacap.org.htm.

68- Garber, J., Zeman, J., Walker, L.S. (1990). Recurrent Abdominal Pain in Children: Psychiatric diagnoses and Parental Psychiatry, Jul; Vo.29 No.4: 648-646.

69- Garber, J., Van Slyke, D.A., Walker, L.S. (1998). Concordance between mother's and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. J Abnorm Child Psychol, Oct; Vo. 5 No.26: p 381-391.

70- Gruner, K., Muris, P., Merckebllach, H. (1999).The relationship between anxious rearing behaviors and anxiety disorders symptomatology in normal children. J Behav Ther Exp Psychiatry, Mar; Vo.30 No.1:27-35.

71- Hodges, K., Kline, J. J., Barbero, G., Flanery, R. (1985). Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their family. J Pediatr, Oct; Vol.107 No.4:622-626.

72- Holroyd, R., & Sheppard, A. (1997). Parental Separation: Effects on Children, implications For Services. Child Care Health and Development, Vo. 23 No.5: 369-378.

73- Illingworth, R.S. (1984). Common Symptoms of Disease In Children. USA: Blackwell Scientific Publication.

74- Kramer Thomas, A.M. (2000). Depression. International Jubilee Congress of The World Psychiatric Association, June; 26-29, Paris: France.

75- KEN Publication. (1998). Families Can Help Children Cope With Fear and Anxiety. Center For Mental Health. Retrieved from World Wide Web. http://www.mentalhealth.org.htm.

76- Kowal, A. J.(1990). Psychological Charactaristics of children who suffer from headach: a research note. Psychol Psychiatry, may; Vo.31 No. 4 : 637-649.

77- Labellarte, M.j., Ginsburg, G.S., Walkup, G.T., Riddle, M.A. (1999).The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Biol Psychiatry, Dec; Vo.46 No.11: 1567-78.

78- Lahey Benjamine, B.(1992). Psychology. USA: W.M.C. Brown Publishers.

79- Levine, M.D., Carey, W.B., Crocker, A.C. (1992). Developmental Behavioral Pediatrics. Mexico: W.B. Saunders Company.

80- March John, S. (1995). Anxiety Disorder in Children and Adolescents. USA: The Guilford Press.

81- Martin, C. (1999). When and how to research anxiety disorders in children?.Rev Part, Sep 15;Vo. 49 (14 suppl).

82- Martini, D.R. (1995). Common anxiety disorders in children and adolescents. Curr Probl Pediatr, Oct;Vo.25 No.9: 271-80.

83- Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S., Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. Psychiatry 2000 Summer, Vo.2 No.63: 140-149.

84- Michigan Head Pain and Neurological Institute(MHNI) . (1999). Children and Headaches. Retrieved From World Wide Web. http://www.mhni.com.htm.

85- Mikkelsson, M., Salminen, J. J., Kautianen, H. (1997 (a)). Non-Specific Musculoskeletol Pain in Preadolescents. Prevalence and 1-year Persistence. Pain, Oct; Vo.73 No.1: 29-35.

86- Mikkelsson, M., Sourander, A., Piha, j., Salinen, JJ. (1997 (b)). Psychiatric Symptoms in Preadolescents with Musculoskeletal Pain and Fibromyalgia. Pediatrics, Aug; Vo.100 No.2.

87- Mikkelsson, M., Salminen, J. J., Sourander, A., Kautianen, H. (1998). Contributing Factors to The Persistence of Musculoskeletal Pain in Preadolescents: a prospective 1-year follow up study. Pain, Jul; Vo.77 No.1: 67-72.

88- Mitchell, J; McCauley, E; Burke, PM; Moss, SJ. (1988). Phenomenology of Depression in Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Jan; Vol. 27 No.1: 12-20.

89- Muraoka, M., Mine, K., Matsumoto, K., Nakai, Y., Nakagawa, T. (1990). Psychogenic Vomiting: The relation between patterns of Vomiting and Psychiatric. Gut, May; Vo.31 No.5: 526-528. Fukuoka: Japan.

90- National Headache Foundation(NHF). (2001). Headache In Children. Retrieved from World Wide Web. http://www.headach.org.htm.

91- National Institute of Mental Health(NIMH). (1999). Depression Research at National Institute of Mental Health, Fact Sheet. Retrieved from the World Wide Web. http://www.nimh.nih.gov.htm.

92- Pine, Daniel. (2000). New Aspect of Anxiety. American Psychiatric Association, 153 rd Annual Meeting, Day1-May4.

93- Ramos, G., & Tuchman, N. (1994). Persisting Vomiting. Pediatrics in Review, Jan;Vo.15 No.1

94- Rickert, I., Jay, S.(1994). Psychosomatic Disorders: The Approach. Pediatrics in Review, Nov; Vo.15 No.11.

95- Schiff, D., & Shelove, P. (1997). Guide To Your Childs Symptoms Birth Through Adolescents. American Academy of Pediatrics, Villard: New York.

96- Sherry, D.D., McGuire, T., Mellines, E., Salmonson, K., Wallace, C. A., Nepom, B. (1991). Psychosomatic Musculoskeletol Pain in Childhood: Clinical and Psychological analyses of 100 Children. Pediatrics. Dec; Vo.88 No.6: 1093-1099.

97- Singh, H., Soni, PK., Gill, PG., Kaur, L. (1991). Stressful family life events and nonspecific somatic complaints in school children. Indian Pediatr, Dec; Vo.12 No.28 : 1483-1487.

98- Tanaka, H., Tamai, H., Terashima, Y., Tanka, T. (2000). Psychosocial Factors affecting Psychosomatic Symptoms in Japan School Children. Pediatr Int, Aug; Vo.42 No.4: 354-358.

99- Turck, D. (1998). Chronic abdominal Pain in Children. Rev Part, Feb 15; Vo.48 No.4: 369-375.

100- Varley, Chrisopher, & McCauley, Elizabeth. (2000). Diagnosis and Management of Pediatric Depression. American Academy of Pediatrics Annual Meeting, Day1-Oct. 28.

101- Varni, JW., Rapoff, MA., Waldron, SA., Gragg, RA., Bernstein, BH., Lindsley, CB. (1996). Choronic pain and emotional distress in children and adolescents. J Dev Behav Pediatr., Jun; 7(3):154-161.

102- Walker, LS., & Greene, JW. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families?. J Pediatr Psychol, Jun; Vol. 2: 231-243.

103- Walker, LS., Garber, J., Greene, JW. (1991). Somatization symptoms in Pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. J Abnormal Child Psychol, Aug; Vol.19 No.4:379-394.

104- Warren, A., Harber Caryen, R., Brumback Roger, A. (1995). Depression and other Affective Illnesses as a cause of School Failure and Maladaptation in Learning Disabled Children, Adolescents, and Young Adults. Secondary Education and Beyond Int, Aug; Vo.42 No.4: 345-348.

105- Weller, Elizabeth. (2000). Child and Adolescent Mood Disorders. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting, Day5-May 18.

106- Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Boyle, M.H., Offord, D.R. (1999). Highly Somatizing Young Adolescents and the Risk of Depression. Pediatrics, Jun;Vo.103 No.6.

الملاحق

مقياس القلق للأطفال C.A.S ملحق رقم (١)

الاسم: العمر: تاريخ الميلاد: / / ١٤هـ السنة الدراسية: الجنس: ولد / بنت

	(قليل جدا)		
١- أجد صعوبة في التركيز فيما أذاكر (أثناء دراستي)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢- أشعر أن أعصابي مشدودة (متوتر-معصب)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٣- أخاف من الظلام	نادرا	أحيانا	كثيرا
٤- أشعر أنني غير سعيد	نادرا	أحيانا	كثيرا
٥- من الصعب علي أن أنام سريعا (لا أستطيع النوم بسرعة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٦- أصبح عصبيا (متوترا) عندما أتحدث أمام الآخرين	نادرا	أحيانا	كثيرا
٧- أصاب بالصداع	نادرا	أحيانا	كثيرا
٨- أنا غير مطمئن (أنا غير مرتاح)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٩- من شدة عصبيتي أنسى أشياء كثيرة	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٠- أفكر في أشياء كثيرة في وقت واحد	نادرا	أحيانا	كثيرا
١١- أشعر أنني سأفشل في أي عمل أقوم به	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٢- أتعب من أقل مجهود (أتعب من أي عمل بسيط)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٣- أشعر بالقلق في مواقف عديدة (أشعر بعدم الراحة في مواقف كثيرة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٤- أنزعج من أي حادث (أي شيء) حتى ولو كان بسيطا	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٥- أفقد أصدقائي لأني عصبي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٦- عندي الآم في جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٧- أشعر برهبة(بخوف) من أبواي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٨- أخاف من أشياء متعددة (كثيرة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٩- أشعر بعدم الاستقرار (أشعر بعدم الراحة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٠- تضطرب دقات قلبي (يدق قلبي بسرعة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢١- أنزعج من عدم قدرتي على حل مشاكلي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٢- أشعر أنني لن أستطيع مواجهة مشكلات المستقبل	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٣- أحلم أحلاما مزعجة (كوابيس)	نادرا	أحيانا	كثيرا

مقياس الاكتئاب للأطفال (صف مشاعرك ACDI) ملحق رقم (٢)

الاسم: العمر: تاريخ الميلاد / / ١٤هـ الجنس(ولد/بنت)

السنة الدراسية:

١- أشعر بالسعادة	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢- أشعر بالكسل (بالخمول)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٣- أنام جيدا	نادرا	أحيانا	كثيرا
٤- أجد صعوبة في التركيز على دراستي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٥- أشعر أنني لا قيمة لي (أنا غير مهم)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٦- أحلم أحلاما مزعجة	نادرا	أحيانا	كثيرا
٧- أنا حزين	نادرا	أحيانا	كثيرا
٨- أنا واثق من نفسي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٩- أشعر بالتعب	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٠- تركيزي (انتباهي) ضعيف	نادرا	أحيانا	كثيرا
١١- أقلق أثناء نومي (لا أنام بسرعة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٢- لي أصدقاء كثيرون	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٣- أشعر بالضيق (أشعر بالطفش)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٤- أنا "سرحان" أفكر في أشياء بعيدا عن الدرس	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٥- أشعر بالوحدة (أنني وحيد)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٦- أشعر أنني تعيس (غير سعيد)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٧- الحياة حلوة	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٨-أشعر أنني فاشل	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٩- أشعر بالملل (أنا زهقان)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٠-أشعر بالغضب	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢١-أنا راضي عن حياتي (أنا مبسوط من حياتي)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٢-هناك أشياء كثيرة تضايقني	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٣-أنا متشائم (أتوقع الشر)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٤-ستحدث لي أشياء سيئة (ستحدث لي مشاكل)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٥-كثير من الناس يحبونني	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٦-أكره نفسي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٧-أنا متفائل (أتوقع الخير)	نادرا	أحيانا	كثيرا

الاسم: السنة الدراسية: العمر: تاريخ الميلاد: / / ١٤هـ الجنس: ولد/بنت

١	أشعر بألم في القلب	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢	أصاب بصداع شديد	نادرا	أحيانا	كثيرا
٣	أجد صعوبة في التنفس (أتنفس بصعوبة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٤	أشعر بألم في الصدر	نادرا	أحيانا	كثيرا
٥	يدق قلبي بسرعة دون القيام بأي مجهود	نادرا	أحيانا	كثيرا
٦	أشعر بأن عضلات جسمي مشدودة	نادرا	أحيانا	كثيرا
٧	أعاني من الآم في الظهر	نادرا	أحيانا	كثيرا
٨	أشعر بألم في أجزاء جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٩	أشعر بزغللة في العينين (عدم وضوح في الرؤية)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٠	نفسي مسدودة عن الأكل (لا أشعر برغبة في الأكل)	نادرا	أحيانا	كثيرا
١١	معدتي مضطربة	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٢	عندي مشكلة في هضم الطعام	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٣	أشعر أنني سوف يغمى علي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٤	أعاني من الإمساك	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٥	أشعر بتنميل في بعض أجزاء جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٦	وزني يتناقص	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٧	أشعر بجفاف في الحلق	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٨	أعاني من الرعشة (الارتجاف) في أجزاء جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
١٩	أشعر أنني أريد أن أهرش(أحك) جميع أجزاء جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٠	أشعر بشيء يقف في حلقي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢١	سمعي ضعيف	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٢	أشعر بضعف في أجزاء جسمي	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٣	أشعر بألم في عضلات اليدين والرجلين	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٤	أشعر أن أعصاب جسمي الداخلية مشدودة	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٥	دقات قلبي مضطربة (دقات قلبي سريعة)	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٦	شعر رأسي يتساقط	نادرا	أحيانا	كثيرا
٢٧	أعاني من الآم في الأسنان	نادرا	أحيانا	كثيرا

ملحق رقم (٤)
بيانات شخصية

عزيزتي الأم/عزيزي الأب: هذه بيانات خاصة لاستخدامات بحثية فقط، لا يطلع عليها سوى الباحثه. نأمل تعبئتها بدقة حتى تتحقق الاستفادة لنا و لطفلكم. مع خالص الشكر والتقدير............ الباحثة

رجاء ضع خط تحت الاختيار المناسب.

الاسم الأول فقط:

الصف الدراسي: الأول الثاني الثالث الرابع الخامس السادس

العمر: ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

تاريخ الميلاد: / / ١٤هـ

الجنس: ذكر أنثى

الأبوين على قيد الحياة: نعم لا

الطفل يعيش مع: والديه أحدهما أقاربه

أحد الأبوين يعاني من أمراض: نفسيه عضوية لا توجد

الآلام التي يشكو منها الطفل باستمرار: الآم البطن الصداع التقيؤ الآم العضلات-أرجل- أيدي

يشكو الطفل من الأعراض السابقة لمدة: شهر شهرين فأكثر ثلاثة أشهر فأكثر

عدد زيارات الطفل للطبيب بسبب الشكوى السابقة : ١ ٢ ٣ فأكثر

الدخل الشهري للعائلة: ٢٠٠٠ريال فأقل ٢٠٠٠-٥٠٠٠ ٤٩٩٩-٧٩٩٩ ٨٠٠٠ فأكثر

ملحق رقم (٥)

قائمة المحكمين

جامعة أم القرى: قسم علم النفس

- الأستاذ الدكتور عبد المنان ملا معمور بار – أستاذ الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني.

جامعة أم القرى: كلية الطب والعلوم الطبية

- الدكتور عبدالوهاب تلمساني– أستاذ مشارك كلية الطب والعلوم الطبية.

- **جامعة أم القرى: كلية اللغة العربية**

- الدكتور أول خير عمر سراج –أستاذ متعاون بقسم الأدب–كلية اللغة العربية ورئيس الإشراف التربوي بمدارس الأنجال بمكة المكرمة.

ملحق رقم (٦)

إذن بتطبيق البحث ميدانيا

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى



الرقم : ....
التاريخ : ....
المشفوعات : ....

سعادة مدير الشؤون الصحية

بالعاصمة المقدسة   الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته   وبعد ..

نفيد سعادتكم بأن الطالبة / هالة بنت صادق عبدالله دحلان . احدى طالبات الدراسات العليا بمرحلة الماجستير بقسم علم النفس ، وترغب بتطبيق استبانة بحثها بعنوان :

القلق والاكتئاب وعلاقته بالاعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الاطفال بمركز الرعاية الصحية الاولية بالوسيقة بمكة المكرمة

لذا امل من سعادتكم التكرم بالموافقة ، وتسهيل مهمة الطالبة لتتمكن من تطبيق الاستبانة بمركز الرعاية الصحية الأولية بالوصيفة والعيادة النفسية بمستشفى الملك عبدالعزيز بالزاهر للعام الدراسي ١٤٢٢/١٤٢٣هـ .

شاكرا لكم كريم تعاونكم ،،

وتقبلوا سعادتكم خالص تحياتي وتقديري ،،،

عميد كلية التربية بمكة المكرمة

أ.د. محمود محمد كسناوي

m AL. - Qura University
kah Al Mukarramah P.O. Box 715
le Gament Umm Al - Qura, Makkah.
x 540026 Jamnka SJ
emely 5564560

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص.ب : ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٢٦ م . ك جامعة
فاكسميل : ٥٥٦٤٥٦٠

ملحق رقم (٧)

البحث في قاعدة المعلومات بمركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الاسلامية بالرياض

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى
معهد البحوث العلمية



الرقـــم : ١٠٢١/٢/١
التـــاريخ : ١٤٢٠/٨/١
المشفوعات : ....

سعادة عميد كلية التربية حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

وبعد :

فبناءً على الخطاب الذي تقدمت به الطالبة / **هالة صادق دحلان** – من قسم علم النفس – وترغب فيه افادتها عن موضوع بحث بعنوان : **« الاكتئاب والقلق عند الاطفال وعلاقته بالامراض السيكوماتية»** والذي اختارته لتنال به درجة الماجستير من جامعة أم القرى .

يفيد معهد البحوث العلمية بأن هذا البحث غير مسجل ضمن قاعدة المعلومات المتوفرة بمركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية بالرياض.

وتقبلوا وافر التحية والتقدير ...

عميد معهد البحوث العلمية

أ.د/سعد بن عبدالله بردي الزهراني



حمدي

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gamear Umm Al - Qura, Makkah
Telex 540026 Jamaka SJ
Faxemely 5564560
Tel - 02 - 5574644 (10 Lines)

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص . ب - ٧١٥
برقيا . جامعة أم القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٤١ م . ك جامعة
فاكسميلي : ٥٥٦٤٥٦٠
تليفون : ٥٥٧٤٦٤٤ - ٠٢ - (١٠ خطوط)

مطابع جامعة أم القرى